

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

THÈSE

N°

144

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Elisabeth AUBENY

née le 5 Mars 1932 à LEMPOLES (Hte Loire)

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

ETUDE ET TRAITEMENT
DES SYMPHYSES ENDO-UTERINES TUBERCULEUSES
S'ACCOMPAGNANT D'AMENORRHEE

Président : M. FUNCK-BRENTANO, Professeur.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Elisabeth AUBENY

née le 5 Mars 1932 à LEMPOLES (Hte Loire)

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

ETUDE ET TRAITEMENT
DES SYMPHYSES ENDO-UTERINES TUBERCULEUSES
S'ACCOMPAGNANT D'AMENORRHEE

Président : M. FUNCK-BRENTANO, Professeur.



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PROFESSEURS

1-10-1960

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutailis, Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET.
Membre de l'Institut

ASSESSEUR. Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS

		MM.
Anatomie		DELMAS (A.)
Anatomie pathologique		DELARUE (J.)
Anesthésiologie		BAUMANN (J.)
Biochimie médicale		JAYLE (M. F.)
» » (Prof ^r à titre personnel)		ETTORI (J.)
» » (Prof ^r à titre personnel)		SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports		CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale		FAUVERT (R.)
» » (Prof ^r à titre personnel)		BOURLIÈRE (F.)
Cancérologie médicale et sociale		BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		MOUQUIN (M.)
	Beaujon	SICARD (A.)
	Cochin	N.
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales	Pitié	CORDIER (G.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	MOULONGUET (P.)
	Tenon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)		MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)		MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DEGOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		FUNK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		N.
	Boucicaut	LENÈGRE (J.)
	Broussais	SOUlié (P.)
	Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	St-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)		DEBRAY (G.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)		GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)		DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)		GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque	LACOMME (M.)
	Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)		VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)		RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)		AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul)		LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades)		MARIE (J.)
Clinique de pneumo-ptisiologie (Laënnec)		BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)		MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)		COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)		DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)		N.
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)		LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)		N.
Embryologie		GIROUD (A.)
» (Prof ^r à titre personnel)		TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)		SÈZE (S. de)
Histologie		VERNE (J.)

Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	MM.	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)	JOANNON (P.)
» » (Prof ^r à titre personnel)	DEPARIS (M.)	DEPARIS (M.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIÉDELIEVRE (R.)	PIÉDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)	GALLIARD (H.)
» (Prof ^r à titre personnel)	BRUMPT (L. C.)	BRUMPT (L. C.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)	COUVELAIRE (R.)
» » (Prof ^r à titre personnel)	LAURENCE (G.)	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (F.)	TURIAF (F.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)	CHEYMOL (J.)
» (Prof ^r à titre personnel)	LÉVY (Mlle J.)	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	BINET (L.)	BINET (L.)
» (Prof ^r à titre personnel)	BARGETON (D.)	BARGETON (D.)
» » »	PARROT (J.)	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.)	DOGNON (A.)
» » (Prof ^r à titre personnel)	DJOURNO (A.)	DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	LÉGER (L.)	LÉGER (L.)
Thérapeutique	CONTE (M.)	CONTE (M.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	{ CABROL (G.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.) GAUTHIER-VILLARS (M ^{lle} P.) pr. s. ch.	Ophtalmologie	{ BRÉGEAT (P.) SARAUX (H.)
Anatomie pathologique	{ BUSSER (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Orthopédie	{ JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)	Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.)
Bactériologie	{ BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)	Parasitologie	CHABAUD (A.)
Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.), pr. s. ch. POLJANSKI (J.), m. conf.		{ BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (G.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	PLAS (F.)	Pathologie chirurgicale	{ FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Carcinologie	{ DENOIX (P.) MATHE (G.)	Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B.)	Pathologie expérimentale	{ CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) RICHEL (G.) AUSSANNAIRE (M.) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (M.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.), m. conf. CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (G.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (G.) NICK (J.) PEQUIGNOT (H.), pr. s. ch. ROYER (P.) WOLFROMM (R.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARDE (G.)		
Hématologie	{ BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) COUJARD (R.) pr. s. ch.		
Histologie	{ MAROIS (M.) RACADOT (J.)		
Hydrologie	CORNET (A.)		
Hygiène	{ BOYER (J.), pr. s. ch. CORRE-HURST (M ^{me} L.)		
Maladies infectieuses	{ BASTIN (R.) DUPONT (V.) DEROBERT (L.), pr. s. ch.		
Médecine légale	{ HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)		
Médecine du travail	ALBAHARY (G.)		
Neurologie	LHERMITTE (F.)		
Obstétrique	{ GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)		

	MM.		MM.
Pédiatrie-Puériculture . . .	JOSEPH (R.)	Pneumo phtisiologie . . .	KREIS (B.)
	MANDE (R.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
	MOZZICONACCI (P.)	Psychiatrie infantile	DUCHÉS (D.)
	POLONOVSKI (G.)	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Pharmacologie	ROSSIER (A.)	Stomatologie	GERNÉA (P.)
	BOISSIER (J.)		CHAPUT (M ^{me} A.), m.c. agr.
Physiologie	LECHAT (P.)		GRELLET (M.)
	DEJOURS (P.)	Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.), m. conf.		LAMOTTE (M.)
	pr. s. ch.	Urologie	QUENU (L.)
	KELLERSHOHN		

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE	Clinique obstétricale . . .	GRASSET (J.)
Clinique chirurgicale . . .	ABOULKER (P.)		MAYER (M.)
	ANELINE (A.), pr. s. ch.		RAVINA (J.)
	HUGUIER (J.)	Clinique ophtalmologique .	DESIGNES (P.)
	OLIVIER (G.)		OFFRET (G.)
	PADOVANI (P.)	Clinique oto-rhino-laryngo- logique	MADURO (R.)
	POILLEUX (F.)		
	ROUX (M.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique médicale	VERNE (J.-M.)	Clinique psychiatrique. . .	BARUK (H.)
	DOMART (A.)	Clinique urologique . . .	KUSS (R.)
	PERRAULT (M.)	Médecine légale	GAULTIER
	RAMBERT (P.)		
	THIEFFRY (S.)		

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. — CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté . .	M. LENA (J.)
Secrétaires	M ^{me} BEURLAND (H.), M ^{lle} CHAINTREUIL (G.), M ^{me} ROCHE (L.)
Conservateur en Chef	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Mile DUMAITRE (P.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),
	Milles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A tous ceux qui me sont chers,

Parents et Amis.

A notre Maître et Président de Thèse ,

Monsieur le Professeur P. FUNCK-BRENTANO

Professeur de la chaire de Clinique Gynécologique
à l'Hôpital Broca

Chirurgien des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Chirurgie

Commandeur de la Légion d'Honneur

qui nous a accueilli dans son service
et a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette thèse

En témoignage de notre profonde et
respectueuse reconnaissance .

A notre Maître,

Monsieur le Professeur Agrégé R. MUSSET

Gynécologue accoucheur des Hôpitaux

qui nous a fait l'honneur de nous
donner le sujet et les principaux
éléments de cette thèse.

En témoignage de notre respec-
tueux attachement et de notre vive
reconnaissance pour la richesse,
la rigueur et la précision de son
enseignement.

A notre Maître ,

Monsieur le Docteur A. NETTER,

Médecin des Hôpitaux

Professeur au Collège de Médecine

qui, par les observations qu'il a bien voulu nous confier nous a permis de réaliser ce travail.

Qu'il soit assuré de notre respectueuse reconnaissance pour son accueil et l'enseignement qu'il nous a dispensé.

A Madame le Docteur A. NETTER-LAMBERT

Son enseignement, son affectueuse compréhension nous ont toujours entouré et réconforté .

Qu'elle soit assurée de notre vive mais aussi très profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur DALSACE

Qu'il soit assuré de tous nos respectueux remerciements pour son enseignement et son accueil si paternel.

A Monsieur le Docteur SOLAL

Qui nous a permis d'utiliser ses observations et que nous remercions vivement.

A notre Maître dans les Hôpitaux de Clermont -Ferrand

Monsieur le Docteur MATHIEU

Chirurgien des Hôpitaux de Clermont -Ferrand

qui le premier nous initia à la Gyné-
cologie.

A nos autres Maîtres d'Externat dans les Hôpitaux de Paris

Monsieur le Docteur J. LEVESQUE

Monsieur le Professeur R. KOURILSKY

Monsieur le Professeur M. MOUQUIN

Monsieur le Professeur L. DE GENNES

Monsieur le Professeur J. DECOURT

Monsieur le Professeur M. LACOMME

En hommage respectueux.

ETUDE ET TRAITEMENT
DES SYMPHYSES ENDO-UTERINES TUBERCULEUSES
S'ACCOMPAGNANT D'AMENORRHEE

oOo

INTRODUCTION

Dans cette thèse, inspirée par notre Maître R. MUSSET, nous aurons en vue l'étude et le traitement des synechies utérines d'origine tuberculeuse entraînant une Amenorrhée soit primaire, soit secondaire.

Certes, le syndrome "Amenorrhée synechie tuberculeuse" est bien connu en France depuis 1955, mais c'est la première fois qu'un traitement restaurateur de la cavité utérine est proposé

Nous avons recueilli 16 observations d'Aménorrhée primaire, 6 observations d'Aménorrhée secondaire, suivies et traitées dans les services de Messieurs R. MUSSET, A. NETTER et R. SOLAL.

Après avoir rappelé l'évolution historique de la question, nous étudierons :

- les aménorrhées primaires :

- leurs caractères clinique
anatomopathologique
étiologique,

- puis les aménorrhées secondaires suivant le même plan,

- enfin nous terminerons par le traitement des
aménorrhées primaires et secondaires.

oOo

HISTORIQUE

Les Aménorrhées primaires ou secondaires par synéchie utérine d'origine tuberculeuse paraissent avoir été méconnues au siècle dernier.

C'est seulement en 1902 que REICK, le premier, publia 2 observations d'Aménorrhée primaire qu'il rattacha à une symphyse endo-utérine spontanée.

Voici les compte-rendu anatomo-pathologiques assez frappants.

1er cas :

Coupe médiane et longitudinale cavité du corps utérin minuscule, grosse comme un haricot contenant une matière jaunâtre ayant l'aspect d'une purée, séparée du canal cervical par une épaisse couche musculaire.

2ème cas :

Cavité utérine grosse comme un abricot séparée du col par une large bande musculaire.

Mais, bien que la première malade ait de nets antécédents tuberculeux, REICK rattache ce genre d'Aménorrhée à des malformations congénitales et n'envisage pas la possibilité d'une étiologie tuberculeuse.

Aussi, c'est SCHIFFMAN en 1914 qui le premier à propos de deux observations dégagèa vraiment le syndrome "tuberculose - atresie de l'utérus - aménorrhée primaire" montrant d'une part que l'Aménorrhée est liée à l'atrésie de la cavité utérine et d'autre part que l'étiologie est tuberculeuse.

Voici les compte-rendu anatomopathologiques de ces deux cas :

1er cas :

Présence de cellules lymphoïdes sur les parois de la cavité utérine qui est grosse comme un noyau de cerise.

2ème cas :

Disparition complète de la cavité utérine, sans aucun élément inflammatoire dans le myomètre, mais présence de nodules tuberculeux sur les trompes.

Aussi, à partir de cette observation, pensa-t-il que la constitution de synéchie était le mode de guérison de la tuberculose utérine.

" Pour la tuberculose ulcéreuse comme pour d'autres processus ulcéreux on devrait accepter la possibilité de guérison sous forme d'atrésie".

En 1922 PESTALOZZA au cours d'une longue et clairvoyante étude sur la tuberculose génitale de la jeune fille décrivit lui aussi des aménorrhées primaires ou secondaires :

" dues à l'atrésie partielle ou totale de la cavité utérine par destruction de la muqueuse utérine
" par le processus tuberculeux".

En 1944 deux auteurs espagnols DREZ FERNANDEZ RUIZ et J. DIAZ TEIJEIRO publièrent dans une étude très

détaillée et pénétrante un cas d'aménorrhée primaire qu'ils rattachèrent à une synéchie endo-utérine tuberculeuse, preuves histologiques en main;

A la coupe : disparition presque complète de la cavité utérine ; il persiste seulement un petit nodule calcare au centre. Autour de ce nodule : présence de cellules lymphoïdes. Ils analysèrent parfaitement ce cas et conclurent à l'atteinte tuberculeuse pré-pubertaire.

Mais c'est surtout à partir de 1955, date de la première publication de A. NETTER, R. MUSSET, A. LAMBERT, Y. SALOMON et G. MONTBAZET que le syndrome prend toute son individualité. En effet, ces auteurs aussi bien au cours de leur première publication que lors du Congrès de Marseille en 1957 montrèrent :

- 1 - que les symphyses utérines spontanées sont toujours d'origine tuberculeuse,
- 2 - que suivant l'âge auquel survient l'atteinte tuberculeuse l'aménorrhée peut-être soit primaire, soit secondaire.

Enfin, ils eurent les premiers le mérite de démontrer l'intérêt diagnostique fondamental de l'hystérographie et décrivirent les images quasi-pathognomoniques en doigt de gant, en bonnet, de pseudo-malformation.

A la suite de ces travaux qui furent admis par tous et qui éveillèrent l'attention des cliniciens, les publications se multiplièrent :

En 1956 OLIVERA CAMPOS qui insista sur l'atteinte possible du myomètre par le processus tuberculeux.

P. FUNCK BRENTANO et J. DALSACE qui publièrent 2 cas de synéchie dont une avec hypoménorrhée extrême. Après traitement uniquement médical, rétablissement d'une menstruation normale et à l'hystérographie disparition des symphyses qui devaient être encore

uniquement muqueuses et superficielles .

P. GAUTIER qui insista lui aussi sur l'intérêt de l'hystérographie:

" il manque une partie plus ou moins grande de
" la cavité utérine. Celle-ci est minuscule, en doigt
" de gant".

BRET (J.) et LEGROS(R. qui dans leur livre sur la tuberculose utéro-annexielle mentionnèrent la synéchie utérine comme une possibilité d'évolution de l'endomé-
trite tuberculeuse.

SOLAL (R) qui publia à deux reprises dès 1955 et en 1959 de nombreux et intéressants cas d'aménorrhée primaire . Cette affection semblant très fréquente dans la population Nord-Africaine.

Puis en 1958 c'est REISS, en Angleterre qui insista sur les Aménorrhées primaires liées à une synéchie isthmique. De la muqueuse utérine pouvant persister au-dessus de ce "bound".

Mais c'est 1960 qu'intervinrent deux éléments nouveaux et intéressants dans l'étude des synéchies tuberculeuse.

D'une part J. de BRUX et R. SOLAL affirment que les synéchies ne sont pas un processus de guérison mais font au contraire partie d'un processus évolutif.

D'autre part, R. MUSSET, A. NETTER, R. SOLAL et R. EPFELBAUN publièrent les premiers essais de traitement restaurateur reprenant d'ailleurs une technique préconisée et tentée avec succès sur un cas d'aménorrhée primaire par R. SOLAL dès 1957.

En effet jusqu'ici tous les auteurs avaient préconisé l'hystérectomie. Seul REICK en 1909 avait essayé de traiter ses malades par voie vaginale :

" cousant les lèvres du vagin dans la cavité corporeale restante créant ainsi une fistule vagino-corporéale".

Dans l'un de ces cas, la fistule se referma très rapidement, dans l'autre la malade fut réglée régulièrement.

Mais ces essais n'avaient pas été repris et depuis tous les auteurs : SCHIFFMAN, PESTALOTTA, DREZ FERNANDEZ RUIZ et même REISS préconisaient un traitement uniquement chirurgical et réalisaient des hystérectomies.

Ici le traitement proposé était restaurateur, se réalisant en deux étapes.

Tout d'abord un traitement médical polymédicamenteux spécifique durant 6 mois en pré-opératoire, prolongé en post-opératoire pendant une période analogue.

Puis un traitement chirurgical restaurateur de la cavité utérine et si possible des annexes.

Ce dernier traitement n'étant rendu d'ailleurs possible que par la précession du traitement médical.

LES AMENORRHEES PRIMAIRES

CLINIQUE

Les malades, atteintes de symphyse endo-utérine tuberculeuse, viennent consulter parfois pour stérilité, mais le plus souvent inquiètes d'une aménorrhée primaire.

Ce sont des malades jeunes, 22-24 ans, en effet ces anomalies majeures "Aménorrhée" et "stérilité" les inquiètent beaucoup.

Cette Aménorrhée primaire se présente avec des caractères bien spéciaux :

- Elle est totale : les malades n'ont jamais eu le moindre écoulement sanguin.
- Elle est normo -hormonale : il n'existe aucun déficit hormonal : l'examen clinique le pressent : les caractères sexuels secondaires sont apparus à la date habituelle de la puberté dans nos pays et sont normalement développés ; les explorations endocriniennes le confirment montrant l'existence d'une stimulation oestrogénique normale sur les frottis vaginaux, le diphasisme de la courbe de température et enfin des dosages de F.S.H., folliculine, 17-céto normaux (obst. I0-I6).
- Elle est parfois douloureuse 5 cas sur 15. Certaines de nos malades se plaignaient de douleurs cycliques, à type de pesanteurs pelviennes, de tension mammaire survenant tous les mois, en somme troubles du

molimen réalisant "l'aménorrhée dysménorrhéique".

- Enfin, elle est rebelle à tout traitement hormonal que ce soit des cycles artificiels ou des hormones gonadotropes chorioniques ou sériques. Aucune médication ne déclenche la moindre métrorragie.

Cette aménorrhée primaire donc d'un type bien particulier s'accompagne bien entendu d'une stérilité primaire. Jamais d'avortement ou de grossesse ce qui va permettre d'exclure toute origine traumatique à la synéchie.

Parfois à ces deux signes fonctionnels se surajoute un troisième : des douleurs pelviennes à irradiations lombaires, sans rythme précis, parfois assez intenses obt. I-7-8. On a pu les rattacher lors de la laparotomie à des adhérences péritonéales, à des rétroversions fixées, à des lésions annexielles associées comprimant même parfois l'urètre obst. 7.

L'examen gynécologique chez ces femmes aux caractères sexuels normaux, montre en général:

une vulve, un vagin, un col sains. On peut même observer à l'orifice externe du col une glaire claire, abondante, filante, cristallisant en feuille de fougère obst. 4-7-8-14.

Chose curieuse celle-ci persiste même s'il existe une endo-cervicite tuberculeuse obst. 4.

Deux fois cependant notre attention fut mise en alerte dès l'examen au spéculum:

Une première fois c'est le caractère bourgeonnant grisâtre d'une ulcération péri-orificielle du col qui joint aux symptômes fonctionnels de la malade nous fit porter le diagnostic de tuberculose de l'exocol que confirma l'histologie.

Une deuxième fois les sécrétions louches purulentes venant de l'endocol chez une malade aux symptômes

fonctionnels et antécédents révélateurs nous amènent à demander une culture sur Loweinstein qui se révéla positive (obst. 5.)

L'utérus, parfois fixé en rétroversion, est en général bien mobile et de taille normale. Deux fois seulement nous notons un utérus petit (obst. 8-15), contrairement aux auteurs allemands qui insistaient sur l'hypoplasie, l'atrophie de ces utérus allant jusqu'à rattacher l'aménorrhée primaire à ces caractères qui pour eux étaient congénitaux.

Les annexes, elles aussi, cliniquement paraissent normales. 4 fois seulement au toucher nous constatons l'existence de tumeurs annexielles soit sous forme de masse dure, soit sous forme de masse kystique (obst. 7-8-9-10).

Constataction étonnante alors que macroscopiquement lors de la laparotomie et microscopiquement l'atteinte salpingienne et ovarienne est constante.

En conclusion donc, l'examen clinique ne nous apporte aucun renseignement permettant d'affirmer l'étiologie de cette aménorrhée primaire.

Ce sont les examens paracliniques qui vont assurer le diagnostic.

Tout d'abord l'hystérométrie. Elle met immédiatement en évidence la symphyse corporeale. La sonde, de préférence en gomme molle type Dalsace, introduite aisément dans le col, butte très vite à la hauteur de l'isthme sur un obstacle infranchissable. Elle ne peut être enfoncée au-delà de 3-4 cm. (obst. 3-4-5-7-8)

En effet, dans ces Aménorrhées primaires habituellement les images hystérographiques obtenues sont bien particulières, stéréotypées, calquées les unes sur les autres et facilement reconnaissable : seule une étroite cavité de 3 à 4 cm de long, irrégulière, anfractueuse s'injecte, correspondant à la cavité endo-cervicale.

En dépit des fortes pressions sous lesquelles le liquide de contraste peut être injecté, il est impossible d'obtenir d'image de la cavité corporeale. Nous appelons ces images de la cavité cervicale : image en doigt de gant (cliché 1) (obst. 1-3-4-5-7-8-9-10-11-15-16), ou en bonnet (Musset - cliché 2), s'il y a un léger prolongement dans la cavité isthmique (obst. 12-13-14).

Donc, à l'hystérographie disparition quasi-complète de la cavité utérine.

Deux fois seulement nous avons obtenu une image plus particulière, moins caractéristique sur laquelle notre Maître R. MUSSET a bien attiré l'attention : la synéchie prédomine sur le fond et au niveau de l'isthme utérin, respectant partiellement la cavité utérine, donnant un faux aspect de bifidité, de pseudo-malformation à type d'utérus bicorne (obst. 2-6). Mais, fait important pour le diagnostic différentiel avec de vraies images de bifidité, il existe assez souvent des passages vasculaires - en plus des antécédents et de l'histoire clinique.

En effet, comme l'a montré KIKKA dans un article sur l'hystérographie dans la tuberculose utérine, les injections vasculaires dans cette maladie sont très fréquentes. Et il semble que dans les synéchies cette fréquence soit encore plus grande, signant l'absence d'endomètre et donnant des cystographies lors des clichés de contrôle. 11 fois sur 16 cas dans nos observations. (obst. 1-2-3-4-10-11-12-13-14-15-16).

Enfin parfois sur les hystérographies on peut noter des calcifications pelviennes ou lombo-sacrées de très haute valeur séméiologique. siégeant soit au niveau du promontoire soit contre la paroi pelvienne.

Leur présence donne le syndrome complet hystérographique : disparition de la cavité utérine, preuve de l'étiologie tuberculeuse du processus.

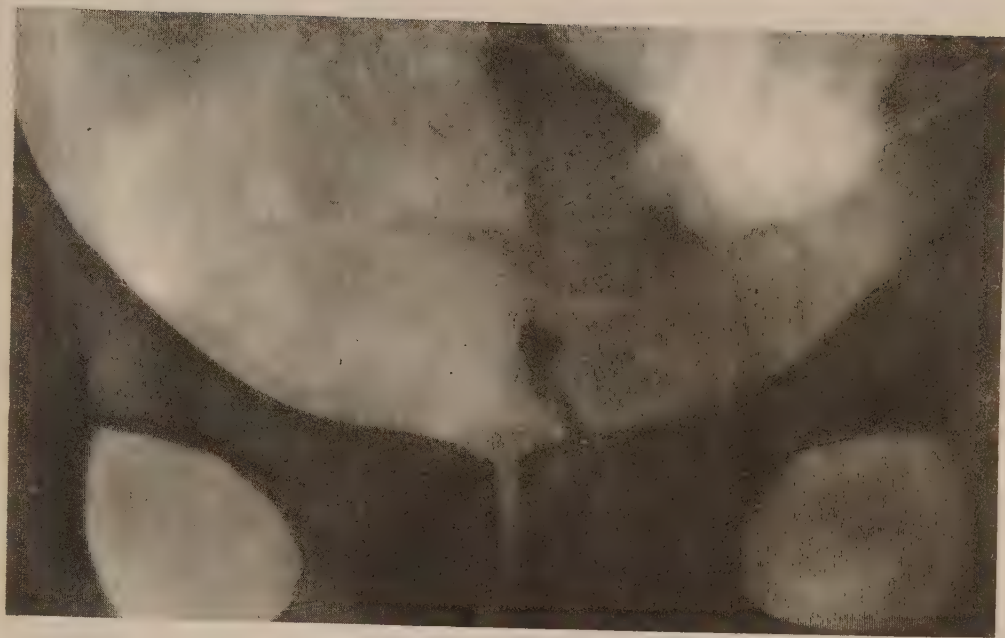


Fig. 1 - Image en doigt de gant



Fig. 2 image en bonnet



Fig. 3 - Image de pseudo-malformation

La B. E. enfin est en général impossible . Si elle est tentée elle ramène en général uniquement de la muqueuse endo-cervicale ou au contraire parfois du myomètre.

Ainsi donc tant à l'hystérométrie qu'à l'hystérographie et à la B. E. on constate la disparition de la cavité utérine.

L'interrogatoire chez de telles malades présentant une aménorrhée primaire avec disparition de la cavité utérine retrouve dans 1/3 des cas des antécédents (7 fois sur 16 cas).

Ces antécédents d'ailleurs rarement pulmonaires sont soit des adénites cervicales (obst. 7-10-11 soit un mal de Pott (obst. 1-11) soit une seule fois une tuberculose pulmonaire.

Mais fait frappant et extrêmement intéressant pour tenter une explication de l'Aménorrhée primaire, cette atteinte tuberculeuse est toujours pré-pubertaire :

5 ans obst. 7-16

8 ans obst. 10

9 ans obst. 13

Chez les autres malades où il ne fut pas retrouvé d'antécédents cliniques typiques la cuti était toujours positive lors de notre premier examen.

Il existe comme nous le verrons un contraste frappant entre les antécédents cliniques des malades atteintes d'Aménorrhée primaire ou d'Aménorrhée secondaire.

En effet, chez les malades atteintes d' Aménorrhée secondaire, l'atteinte tuberculeuse récente est quasiment constante.

Aussi on peut se demander si cette différence ne tient pas à l'âge auquel est survenu l'affection tubercu-

leuse : dans les Aménorrhées secondaires l'atteinte clinique est récente et la malade s'en souvient parfaitement.

Dans les Aménorrhées primaires l'atteinte est survenue alors que la malade était une fillette et a disparu de sa mémoire.

oOo

EXAMENS CLINIQUES ET PARACLIQUES AVANT TOUT TRAITEMENT

Obs.	Hystéro- métrie	Hystéro- graphie	Prélèvements endocervical	Prélèvements endo-utérine	Prélèvements exo-col	Culture secrétions cervicales	
1	-	doigt de gant	-	-	-	-	11 ans Coxalgie
2	-	Pseudo malformation	-	-	-	-	0
3	4 cm	doigt de gant	-	-	-	0	0
4	4 cm	doigt de gant	Follicules tuberculeux	Pas muqueuse	-	-	0
5	4 cm	doigt de gant	Pas de muqueuse	Pas de muqueuse	-	positive	0
6	-	Pseudo malformation		Endomètre tuberculeux	-	0	
7	3 cm	doigt de gant	-	-	-	-	5 ans adenite cervicale
8	3 cm	doigt de gant	-	-	-	-	0
9	-	doigt de gant	-	-	-	-	0
10	-	doigt de gant	-	-	-	-	8 ans adenite cervicale
11	-	doigt de gant	-	-	-	-	12 ans adenite cervicale
12	4 cm	Bonnet	follicules tuberculeux	follicules ds lemyomètre	-	-	0
13	-	Bonnet	-	-	-	-	9 ans tuberculose pulmonaire
14	4 cm	Bonnet	-	endomètre atrophique sain	-	-	0
15	-	doigt de gant	-	-	follicules tuberculeux	-	mal de Pott
16	-	doigt de gant	muqueuse exocervicale saine	-	-	-	5 ans - Ascite

ANATOMIE PATHOLOGIE

L'anatomie pathologie va confirmer et la notion de disparition de la cavité utérine et l'étiologie tuberculeuse.

Macroscopiquement :

Les 8 fois où il y eut une laparotomie, l'utérus nous est apparu extérieurement normal dans sa taille, son poids, son épaisseur.

Le seul fait à signaler étant la fréquence des adhérences d'ailleurs de siège variable : tantôt au sigmoïde (obst. 7-13) tantôt à la vessie (obst. 13) tantôt au péritoine (obst. 10).

Mais à la coupe lorsqu'il y eut une hystérectomie totale (obst. 7-8-9) les sections sagittales, médianes, ou en tranches transversales et étagées de l'utérus ont toujours fourni les mêmes constatations confirmant les examens paracliniques : l'utérus est transformé en un organe plein, il n'existe plus de cavité corporeale.

Il persiste seulement parfois au milieu du muscle une petite cavité de quelques mms de diamètre ne communiquant pas avec l'extérieur (obst. 7-8).

Lors des interventions restauratrices l'hystérotomie (obst. 14) montra aussi l'absence de cavité utérine et il fallut sculpter au bistouri ou aux ciseaux une néo-cavité (obst. 13-14-15).

Par contre la cavité endo-cervicale est toujours respectée et nous n'avons jamais constaté de synéchies cervicales chez nos malades.

Ces constatations anatomiques correspondent donc exactement aux images d'hystérographie qu'elles soient pratiquées sur les malades ou sur les pièces opératoires qui montraient une injection de la cavité cervicale et l'obstruction de la cavité corporeale.

L'étude histologique chez les malades ayant eu une hystérectomie est faite sur des coupes sériées de l'utérus. Chez les autres malades ayant eu soit un traitement médical, soit un traitement conservateur, l'étude histologique porte sur les prélèvements ramenés par les essais de B. E. ou sur les prélèvements utérins effectués au moment de la reconstitution de la cavité utérine.

Cette étude nous montra 7 fois sur les 11 cas où cette recherche fut possible l'absence totale d'endomètre. Les fragments ramenés par la B. E. sont du muscle (obst. 4-5-15-16) et sur les coupes sériées d'utérus enlevés par hystérectomie on ne trouve nulle part aucune trace d'endomètre (obst. 7-8-10).

4 fois seulement nous retrouvons de l'endomètre mais alors celui-ci apparaît très anormal.

2 fois c'était un endomètre très peu abondant et tuberculeux (obst. 6 et 9).

1 fois il était sain mais extrêmement atrophique ne répondant nullement aux incitations hormonales fait très curieux (obst. 14) et enfin 1 fois dans l'observation 13. A la coupe on retrouve de l'endomètre mais en situation extrêmement anormale : loin de la cavité utérine ou tout au moins de ce qui en reste.

Phénomène extrêmement important pour essayer de comprendre la genèse de la reconstitution de l'endomètre lors des interventions plastiques mais posant un

problème : ces îlots endométriaux sont-ils des restes de l'endomètre ayant échappé à la destruction tuberculeuse ou bien une authentique endométriose utérine.

Le myomètre : sur les 6 fois où il a pu être étudié :

- 5 fois il est sain, 1 seule fois (obst. 12) le myomètre est atteint par la tuberculose. Sur une mince base de chorion musculio-fibreux. On note un tissu inflammatoire oedémateux constellé de volumineux follicules tuberculeux typiques avec des cellules géantes et des cellules épithéloïdes. (observation faisant douter du caractère cicatriciel des synéchies).

L'endocol est dans nos observations toujours perméable mais très souvent le siège d'une tuberculose évolutive 5 fois sur 11 cas (Obst. 4-5-6-9-12. On peut se demander pourquoi à ce niveau n'existe pas de synéchie ?

- Atteinte plus tardive par le processus
- Résistance plus grande de la muqueuse de l'endocol ?
- Ou cavité qui est réelle et non plus virtuelle comme dans le corps ?

Les annexes :

Macroscopiquement, toutes les fois où il y eut une laparotomie, l'atteinte salpingienne est constante 9 fois sur 9. Celle des ovaires est quasi constante 8 fois sur 9.

En effet, à la laparotomie on trouve tantôt des lésions extrêmement importantes, annexes prolabées dans le bassin avec des adhérences péritonéales et viscérales; kystes tubo-variens où il est impossible de distinguer trompes et ovaires, l'ensemble formant une seule masse annexielle (obst. 7-10-13).

Tantôt, des lésions qui prédominent sur les pavillons qui sont bouchés : les franges sont agglutinées et

adhérentes.

Maintenant enfin, mais plus rarement, les trompes paraissent subnormales mais la palpation les montre indurées.

Et l'examen microscopique montre en effet constamment des signes de salpingite.

Chez les malades n'ayant pas eu de traitement médical spécifique avant l'intervention on retrouve des lésions permettant d'affirmer l'étiologie tuberculeuse.

- Obst. 9 : salpingite tuberculeuse à forme fibro-caseuse.
- Obst. 11: dans l'une des trompes qui pourtant macroscopiquement paraissait simplement dilatée, la cavité a disparu elle est remplie de caséum.

Chez des malades ayant eu un traitement pré-opératoire les lésions spécifiques ont disparu mais il persiste chez toutes de la sclérose réduisant ou obstruant complètement la lumière de la trompe : Obst. 7-10-14-15-16 et les rendant fonctionnellement inutilisables.

Les dystrophies ovariennes sont aussi extrêmement fréquentes, atteignant généralement les deux ovaires 7 fois sur 9:

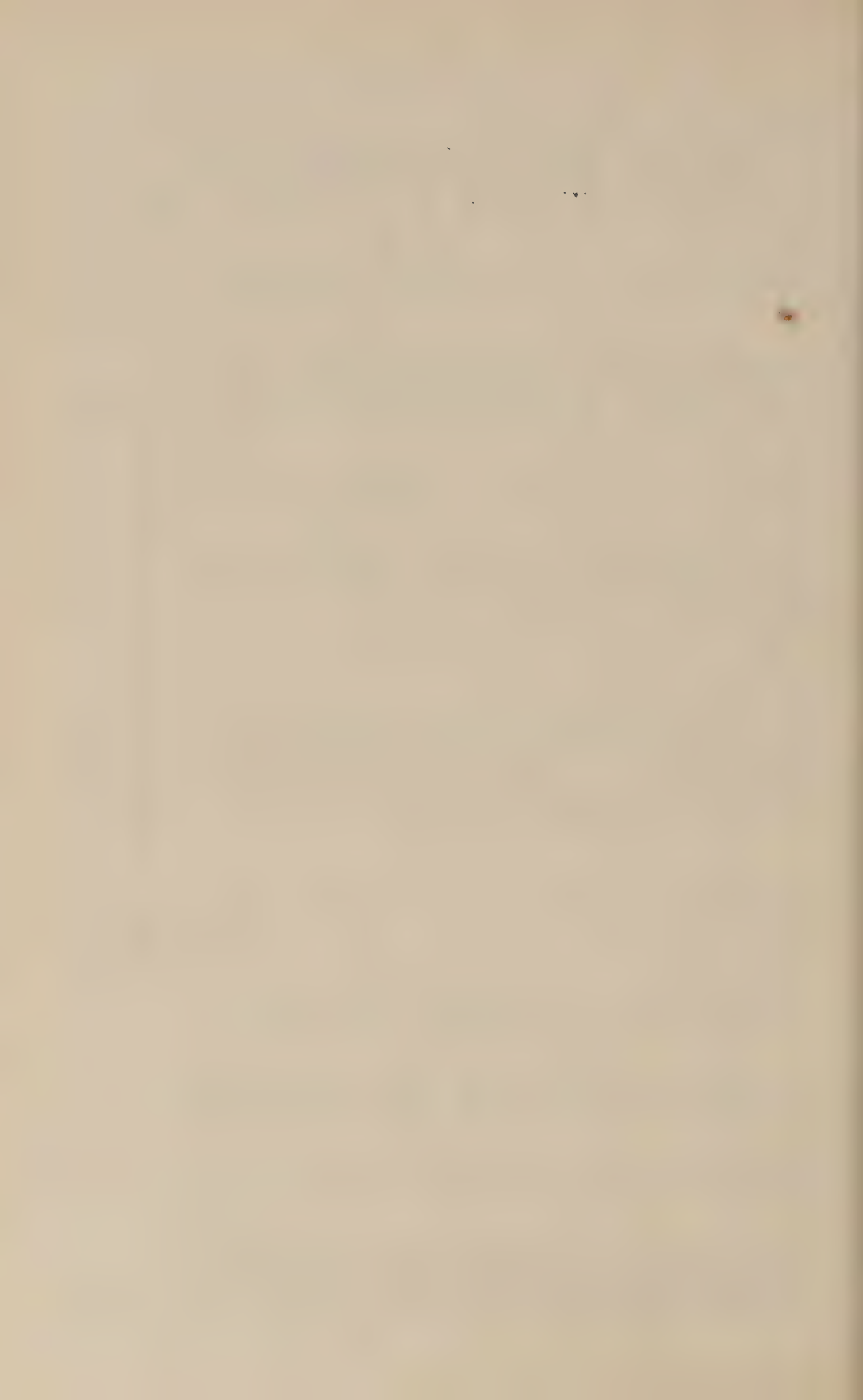
- soit comme nous l'avons déjà vu sous forme de kyste tubo-ovarien (obst. 7 et 10)
- soit sous forme d'ovarite polykystique (Obst. 9-10-11-14)
- soit sous forme d'ovarite scléro-kystique (Obst. 15-16).

A quoi rattacher ces dystrophies ? En tous cas comme l'avait signalé A. NETTER leur fréquence est extrêmement frappante.

Obs	Utérus		Trompes		Ovaires	
	Taille	Adhérence	d	g	d	g
7	normale	+	Masse	annexielle	Masse	Annexielle
8	normale	+	Pavillons	bouchés	Multiplés	kystes
9	normale	0	Trompes	moniliformes	déjà enlevé	Scléro-kystique
10	petite	+	Pavillons bouchés	Pavillons bouchés	Kyste tubo ovarien	normal
11	normale	0	Trompes	moniliformes	gros et	blancs
12	normale	0	Kyste tubo ovarien	Pavillon bouché	normal	kystique
13	normale	+	Pavillons	bouchés	Adhérences péri-ovariennes	Kyste hématique
14	normale	0	Trompes	dilatées	recouverts	d'adhérences
15	normale	0	Pavillons	moignons	normal	scléro-kystique
16	petite	+	Pavillon bouché	Kyste tubo ovarien	normal	scléro-kystique

Aménorrhée primaire

ASPECT MACROSCOPIQUE LORS DE LA LAPAROTOMIE



ETIO-PATHOGENIE

La preuve de l'étiologie tuberculeuse se fonde sur des arguments cliniques, bactériologiques et histologiques.

Dans les Aménorrhées primaires, pour 1/3 des cas - 7 fois sur 16 - les antécédents nous apportent la notion d'une atteinte tuberculeuse pré-pubertaire en général vers l'âge de 5 à 8 ans et la cuti est toujours positive lors de notre premier examen.

La mise en évidence de BK par culture des sécrétions endocervicales est rare, elle a été observée une seule fois (obst. 5).

La preuve histologique est beaucoup plus fréquente : constatation de follicules tuberculeux avec cellules géantes soit sur les débris de curettage, soit sur les pièces opératoires. Cependant notre position thérapeutique actuelle : traitement antibiotique intensif les 6 mois précédant l'intervention nous prive de preuve en effaçant les lésions tuberculeuses des pièces opératoires.

Cependant sur les 13 cas, où il y eut soit un prélèvement endo-cavitaire soit une intervention, 8 fois nous avons pu faire la preuve de l'étiologie tuberculeuse. 4 fois par biopsie de l'endomètre montrant des follicules tuberculeux typiques soit au niveau de l'endocol (obst. 4) soit au niveau d'un endomètre très atrophique (obst. 14 et 6), soit au niveau du myomètre (obst. 12). Une fois par biopsie

d'une tuberculose du col -(obst. I5) et 2 fois sur des pièces opératoires qui montrent de nombreux follicules tuberculeux et du caséum dans les trompes. (obst. II et 9).

Sur les 6 cas restants, où nous n'avons pas de preuves histologiques, 4 malades (obst. 7-I0-I3-I6) avaient une atteinte tuberculeuse pré-pubertaire.

Mais nous devons convenir qu'il reste 2 cas (Obst. 6 et 14) pour lesquels la preuve de l'étiologie tuberculeuse n'a pas été faite.

Cependant leur syndrome clinique, radiologique est à un tel point calqué sur les cas où la preuve de l'étiologie tuberculeuse a été faite, qu'on ne peut s'empêcher de les rapprocher.

Cette atteinte tuberculeuse, toutes les fois où nous avons mis en évidence sa localisation extra-génitale semble être survenue très tôt, toujours avant la puberté vers 5 à 6 ans. Fait extrêmement important pour expliquer l'Aménorrhée primaire.

En effet, à cette époque, la muqueuse utérine atteinte d'une tuberculose ulcéro-nécrotique, ne desquamant pas est abrassée complètement jusque dans sa zone profonde de régénération.

Les deux faces du myomètre ainsi dénudées se coaptent alors facilement, phénomène analogue à celui qui se produit lors des synéchies traumatiques où on abrase la muqueuse par curettage.

A la suite de SCHIFFMAN, on pouvait penser que les synechies utérines sont un mode de guérison de la tuberculose utérine .

" Pour la tuberculose ulcéreuse comme pour d'autres processus ulcéreux on devrait accepter la possibilité de guérison sous forme d'atrésie "

écrivait-il en 1914 à propos des synéchies utérines.

Mais actuellement depuis les publications de J. de BRUX et R. SOLAL on a tendance à penser que les synéchies tuberculeuses ne sont pas forcément des lésions stabilisées mais font partie du processus évolutif tuberculeux.

Ces auteurs en effet à l'appui de leur théorie avancent l'argument suivant :

Il existe des synéchies totales où l'on trouve des formations folliculaires et fibro-caséuses dans le muscle.

A l'appui de cette théorie nous avons une malade (obst. 12) chez laquelle des follicules ont été retrouvés dans le myomètre.

Par contre, chez 3 autres malades qui ont eu soit une hystérectomie (obst. 8-9) ou un prélèvement endométrin (obst. 14) avant tout traitement antibiotique le myomètre est sain. Mais dans les observations 9 et 14 il persistait de l'endomètre ce qui pourrait expliquer que le muscle ne soit pas atteint encore.

Par contre, dans l'observation 8, l'endomètre avait complètement disparu et le muscle était sain.

Les autres observations ne sont pas retenues car les malades avaient reçu un traitement antibiotique préopératoire.

Les lésions salpingiennes constantes ne sont pas surprenantes puisqu'il est admis actuellement que l'atteinte utérine est toujours secondaire à l'atteinte salpingienne. La trompe étant elle-même atteinte secondairement, à partir d'un chancre d'inoculation quelconque par voie sanguine généralement, parfois par voie lymphatique ou péritonéale.

Il faut remarquer d'ailleurs dans nos observations

que la symphyse coexiste une seule fois avec une tuberculose pulmonaire (obst. I3). Par contre on note la fréquence des adénites cervicales dans les antécédents (Obst. 7-9-10).

Les dystrophies ovariennes sont beaucoup plus étonnantes puisque jamais nous n'avons retrouvé de lésions spécifiques au niveau des ovaires.

Atteinte des vaisseaux salpingiens irriguant les ovaires par le processus tuberculeux ?

Phénomènes réflexes vaso-moteurs ?

Adhérences péri-ovariennes encapsulant l'ovaire et troublant le mécanisme normal de la déhiscence folliculaire ?

	Muqueuse endocervicale ou exocervicale avant tout traitement	trait pré- opéra- toire	utérus		Trompes		Ovaires		Revue de l'étiologie tuberculeuse
			endomètre	myomètre	d	g	d	g	
4	Follicules tuberculeux	0	0	n'a pas été opéré					+
5	Culture secrétion +	0	0	n'a pas été opéré					+
6	-	0	Follicules tuberculeux	n'a pas été opéré					+
7	Normale	+	0	sain	Séquelle de salpingite		kystique et hémorragique		0
8	Normale	0	0	sain	Séquelle de salpingite		sclérose-kystique		0
9	Follicules tuberculeux	0	Follicules	sain	Salpingite tuberculeuse		scléro-kystique		+
10	-	+	-	sain	Séquelle de salpingite		kyste sans paroi propre	normal	0
11	-	0	-	sain	Salpingite tuberculeuse		scléro-kystiques		+
12	Follicules tuberculeux	0	0	Follicules tuberculeux	Plastre tubaire		normal kystique		+
13	-	+		sain	Plastre tubaire		Foll. hémorragique		0
14	-	0	sain	Sain	Séquelle de salpingite		sains		0
15	Follicules tuberculeux sur l'exocol	+	-	-	Séquelle de salpingite		scléro-kystique		+
16	-	+	0	-	Séquelle de salpingite		scléro-kystique		0

Aménorrhée primaire

PREUVES HISTOLOGIQUES DE L'ETIOLOGIE TUBERCULEUSE CHEZ LES MALADES
AYANT EU SOIT DES EXPLORATIONS ENDO-UTERINES SOIT UNE INTERVENTION.



LES AMENORRHEES SECONDAIRES

CLINIQUE

Sur nos 6 cas d'aménorrhée secondaire par synéchie tuberculeuse, 4 fois ce sont des femmes jeunes 23-25-26-28 ans qui sont venues nous consulter inquiètes d'une aménorrhée installée depuis 2 à 3 ans (Obst. I-3-5-6); 2 fois ce sont des femmes plus âgées 40 ans (obs. 2 et 4 tardivement préoccupées d'une stérilité primaire.

Mais, toutes ces malades racontent la même histoire stéréotypée : puberté à l'âge habituel dans nos pays 13-14 ans, parfois un peu plus tardivement 17-18 ans (Obst. 5-6), établissement de cycles réguliers et de règles d'abondance normale pendant 7 à 8 ans jusque vers 20-22 ans. Puis les règles deviennent progressivement de plus en plus pauvres et au bout d'un an ou 2 disparaissent complètement.

Ainsi donc l'aménorrhée s'installe vers 24-25 ans, une dizaine d'année après la puberté.

La seule variante dans ce récit consiste dans les circonstances d'apparition de l'aménorrhée.

Parfois 2 à 3 ans avant l'installation de celle-ci a existé un épisode aigu ou subaigu : douleurs pelviennes, fièvre, leucorrhée (obs. 2-3)

Parfois, au contraire rien n'a attiré l'attention sur l'appareil génital et l'Aménorrhée est le premier symptôme.

Cette aménorrhée, une fois constituée, se présente avec tous les caractères bien spéciaux qui définissaient déjà l'Aménorrhée primaire par synechie tuberculeuse.

L'aménorrhée est totale : aucune métrorragie.

Elle est normohormonale : les caractères sexuels secondaires sont normaux, les frottis vaginaux et les dosages hormonaux témoignent d'une bonne imprégnation oestrogénique, la courbe de température est diphasique.

Elle est parfois douloureuse : dans 1 cas sur nos 6 observations la malade se plaint de douleurs pelviennes cycliques. Mais très fréquemment nous trouvons des douleurs abdomino-pelviennes apparues suivant les cas depuis 1 an ou 2, extrêmement pénibles, rattachables à des lésions annexielles, à des rétroversions fixées.

Elle est, comme toutes les Aménorrhées primaires rebelle à tout traitement. Une de nos malades avait reçu du cycloestrol sans aucun résultat (obs. 2), une autre du Proluton-oestradiol en vain (obst. 6).

Enfin la stérilité primaire est de règle, bien qu'une grossesse eusse pu survenir avant l'atteinte tuberculeuse.

L'examen gynécologique montre :

- une vulve, un vagin, un col sain avec si l'examen se trouve être en période ovulatoire, une glaire claire.
- un utérus, de taille normale, parfois en rétroversion fixée.
- des annexes très souvent dystrophiques formant une masse fixée, peu mobilisable.

Donc au terme de l'examen clinique rien ne permettant d'apporter un diagnostic. Ce sont les examens

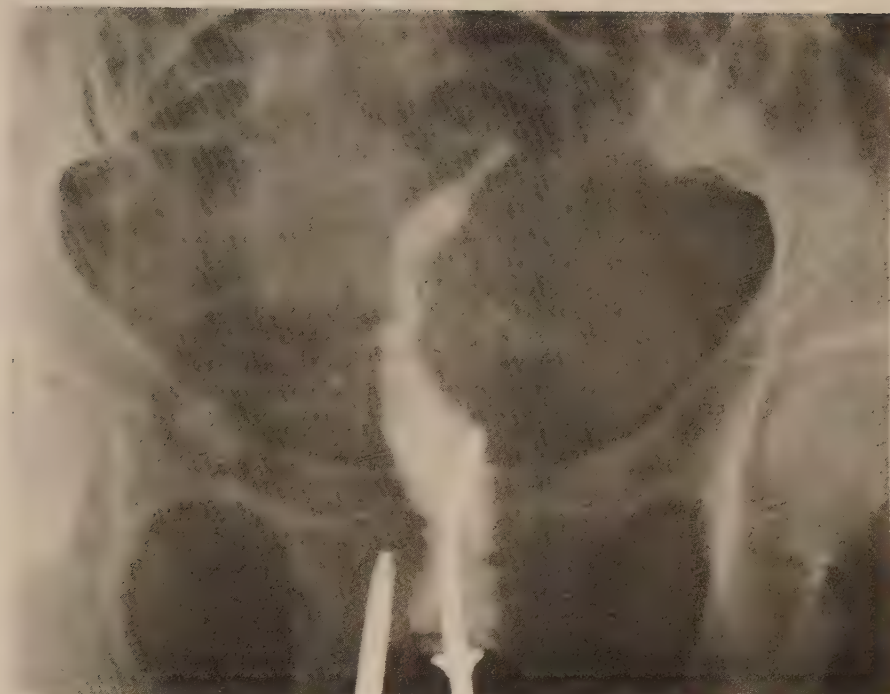


Fig. 4 - Aménorrhée secondaire



Fig. 5 - Aménorrhée secondaire

paracliniques comme dans l'Aménorrhée primaire qui vont donner celui-ci :

L'hystérographie, différente de celle des Aménorrhées primaires, montre en général d'emblée une cavité utérine. Mais celle-ci est très anormale, amputée par une synéchie des cornes et du fond. Il reste uniquement une petite lumière centrale très contournée et irrégulière (obst. I-4-5). Fig. 4-5.

Parfois la synéchie prédomine sur le fond et on retrouve des images de pseudo-malformation, de pseudo-bifidité.

Enfin, deux fois, (obst. 3 et 6) il existait une synéchie au niveau de l'isthme et il a fallu lever celle-ci par une dilatation à la sonde molle pour réaliser l'hystérographie de la cavité utérine : cavité d'ailleurs très amputée et remaniée par une synéchie des cornes.

Ainsi donc les hystérographies des aménorrhées primaires et secondaires diffèrent. Dans les aménorrhées secondaires, il persiste une cavité utérine, elle est simplement amputée : utérus de strictures et recessus " Fig. 4-Fig. 5. Dans les aménorrhées primaires la cavité a disparu.

Autre différence importante avec les aménorrhées primaire : la biopsie de l'endomètre a toujours été possible 3 fois très facilement, 2 fois beaucoup plus difficilement ; ce sont les observations 3 et 6 où il existait une synéchie de l'isthme qui gênait comme nous l'avons vu l'hystérographie. Celle-ci levée par une sonde en gomme il fut ensuite très facile de réaliser et l'hystérographie et la B. E.

Cette biopsie ramène toujours de la muqueuse utérine . 2 fois elle était le siège d'une endométrite tuberculeuse (Obst. 1 et 2). Les 3 autres fois les malades ayant eu un traitement spécifique avant le prélèvement, l'endomètre était sain mais soit complètement atrophique (obst. 4) soit répondant mal aux incitations hormonales (obst. 3-6).

Nous n'avons jamais retrouvé de tuberculose de l'endocol.

Ainsi dans ces aménorrhées secondaires les synéchies utérines paraissent moins étendues, plus localisées, en général aux cornes et isthme.

Devant de telles aménorrhées secondaires nous avons recherché aussi les antécédents tuberculeux.

Sur nos 6 cas 5 fois nous avons retrouvé des antécédents tuberculeux : 3 fois des pleurésies survenues de 16 à 18 ans, donc 6 à 8 ans avant l'installation de l'aménorrhée secondaires. 1 fois une tuberculose intestinale à 22 ans (obst. 3) et 1 fois une tuberculose osseuse vers 14 ans (obst. 6).

Une seule fois nous n'avons pas retrouvé d'antécédents tuberculeux directs mais la malade vers l'âge de 13-14 ans avait été en contact prolongé avec une cousine atteinte de tuberculose pulmonaire.

Ainsi donc fréquence de l'atteinte tuberculeuse, mais de l'atteinte post-pubertaire.

(voir tableau clinique ci-après)

	Age actuel	Puberté	Age de survenue de 1 ^{er} Amé. II	Durée de 1 ^{er} Aménorrh.	Utérus	Annexes	Hystéro- graphie	B. E.	Antécédents tuberculeux
BOUR.	25	13	24	10 mois	Retroversé fixé	droite	Synéchie corne et fond	inoculation cobaye +	16 ans pleurésie
PER.	40	13	30	10 ans	normal	R. A. S.	Pseudo Bifidité	Endomètre tuberculeux	18 ans pleurésie
PAR.	26	14	24	2 ans	normal		Synéchies cornes et isthme	Folliculiniques (trait anti- tuberculeux)	22 ans tuberculose intestinale
RA...	40	15	23	18 mois hypo	petit	droite kystique	Synéchies cornes	Endomètre atrophique	?
BOU...	28	17	25	3 ans	normal	droite volumineuse	Synéchie corne		17 ans pleurésie
BEL.	23	19	22	19 mois	normal	normal	Synéchie cornes et isthme	Folliculiniques (trait anti- tuberculeux)	6 à 14 ans préventorium

ANATOMO-PATHOLOGIE

La laparotomie nous montre 1 fois sur les 5 fois où elle fut pratiquée un utérus de taille normale, parfois fixé en rétroversion par des adhérences (obst. 1). Une seule fois nous avons observé un utérus petit (obst. 4).

Notre traitement, ayant été au maximum conservateur 2 fois seulement nous vérifions de visu l'état de la cavité utérine :

- 1 fois après hystérectomie : comme le laissait prévoir l'hystérographie aussi bien "in vivo" que sur pièce opératoire, les parois de l'utérus sont soudées aux cornes (obst. 4).
- 1 fois au cours d'une hystérotomie (obst. 1): ainsi que l'avait montrée l'hystérographie la corne gauche est symphysée, tandis que la corne droite est le siège d'un abcès froid isolé du reste de la cavité par une synéchie localisée à ce niveau.

Dans les autres cas les dilatations étant faites par voie basse nous retrouvons toujours la même phrase dans les compte-rendus opératoires: lors du passage de la bougie on sent céder les adhérences au niveau des cornes.

Enfin nous avons vu dans les obst. 3 et 6 l'existence d'adhérence isthmique alors que le reste de la cavité utérine est sub-normale comme l'avait signalé REISS.

Mais contrairement à ces malades il n'existait pas dans nos observations d'hématométrie.

Ainsi l'anatomo-pathologie confirme les données des examens para-cliniques : synéchies localisées aux cornes et à l'isthme, laissant libre une partie de la cavité utérine.

Dans cette cavité utérine, la biopsie de l'endomètre nous l'a montré, il existe toujours un endomètre parfois malade, parfois sain mais atrophique et répondant mal aux incitations hormonales comme nous l'avons vu.

Le myomètre dans le seul cas où il fut étudié (obst. 4) a été trouvé sain. Au niveau du col et de l'endocol nous n'avons jamais non plus retrouvé de tuberculose.

Les annexes : Très souvent l'examen clinique avait permis de soupçonner leur atteinte. La laparotomie bien qu'elle ait eu toujours lieu après 6 mois de traitement spécifique met en évidence leur atteinte constante.

Les trompes : elles apparaissent toutes très atteintes formant soit des kystes tubo-ovarien, soit obstruées au niveau du pavillon celui n'étant plus reconnaissable.

L'histologie confirme cette atteinte montrant soit des images de séquelles de salpingite (obst. 1-4-5-6) sans caractère spécifique ce qui n'est guère étonnant après le traitement intensif qu'avait reçu les malades, soit des hémato-salpinx non gravidiques ne communiquant d'ailleurs nullement avec la cavité utérine. Une seule fois nous avons retrouvé du caséum dans les trompes (obst. 3), une autre fois des granulations au niveau des cornes.

Les ovaires leur atteinte est aussi quasi constante. 4 fois sur 5. Lors de la laparotomie ils apparaissent scléro-kystiques, kyste de la taille d'une pamplemousse (obst. 4) ou parfois formant un kyste tubo-ovarien (obst. 5).

L'examen histologique ne retrouve jamais d'atteinte

spécifique mais montre la fréquence de zone fibreuse dans le cortex ovarien (obst. 3-5) et le développement fréquent de kyste à partir du corps jaune.

(voir tableaux ci-après)

ANATOMIE MACROSCOPIQUE

	Taille	U T E R U S		T R O M P E S		O V A I R E S	
		Synéchie	Col.	d	g	S	G
.....	normal	Abcès froid de la corne droite Synéchie de la corne gauche	normal	obstruée au pavillon	obstruée au pavillon non reconnaissable	normal	normal
PEV.....		Pas de laparotomie					
PAE...	normal	Synéchie isthme et corne	normal	obstruée + calcification	obstruée + calcification	kystiques	kystiques
RA...	retroversé finé	Synéchie cornes et fond	normal	adhérente à l'ovaire non reconnaissable	adhérente	kystiques	kystiques
BOU...	petit utérus	Synéchie cornes et fond	normal	kyste tubo-ovarien	obstruée pavillon non reconnaissable	scléro-kystiques	kyste tubo-ovarien
BEL...	normal	isthme et cornes	normal	amputée à partie distale	amputée à partie distale	kystique	kystique

ANATOMIE MICROSCOPIQUE

	Endomètre	UTERUS Myomètre	Col.	TROMPES		O V A I R E S		Preuves histo- de la tuberculose
ROUR... 1	Inoculation cobaye positive	abcès froid	sain		d	g		
PER.... 2	Follicules tuberculeux typiques	n'a	pas été opérée				normaux	normaux
PAR.... 3	Folliculinique (trait anti- tuberculeux)	?	sain				Zones fibreuses sur cortex ovarien Follicules kystiques	+
RA.... 4	Atrophique (trait anti- tuberculeux)	sain	sain				Kyste lutéinique des ovaires	0
BOUR.... 5	?	?	sain				Kyste de l'ovaire à paroi fibreuse	+
BEL.... 6	Folliculinique (trait anti- tuberculeux)	?	sain				cicatrice kystique de corps jaune	0

ETIOPATHOGENIE

Notre thérapeutique qui nous interdit d'intervenir chirurgicalement avant un traitement intensif de 6 mois par antibiotiques spécifiques, nous prive souvent de preuves histologiques et bactériologiques de l'étiologie tuberculeuse.

Cependant sur nos 6 cas, 4 fois la preuve histologique de l'étiologie tuberculeuse a pu être faite : 2 fois par biopsie de l'endomètre avant tout traitement (obst. 1-2) ; 2 fois par l'étude des pièces opératoires, bien que les malades aient eu un long traitement pré-opératoire : pus caséeux dans les trompes (obst. 3) ; granulations sur les cornes utérines (obst. 5).

Dans deux cas (obst. 4 et 6) nous n'avons pas de preuve histologique. Mais dans l'observation 6 la malade avait de tels antécédents (hospitalisation à Berck) que l'étiologie tuberculeuse paraît fort probable. Seule la malade de l'observation 4 n'avait aucun antécédent clinique et nous n'avons pas retrouvé de preuves histologiques. Mais aucune biopsie de l'endomètre n'avait été pratiquée avant le traitement spécifique.

Dans toutes ces Aménorrhées secondaires, fait frappant, la primo-infection n'a jamais été traitée et se situe toujours après la puberté.

Donc atteinte tuberculeuse de l'appareil génital après l'installation des premières menstruations.

Cette circonstance semble d'ailleurs expliquer que les synéchies dans les Aménorrhées secondaires soient plus localisées, moins étendues que dans les Aménorrhées primaires. En effet la muqueuse utérine desquamant chaque mois, l'accollement des parois utérines est alors rendu beaucoup plus difficile. D'ailleurs la synéchie débute aux endroits où les parois de l'utérus dénudées de leur muqueuse sont en contact plus intimes : fond, isthme, L'atteinte de la cavité corporeale elle-même étant plus tardive.

Mais on peut se demander pourquoi certaines endométrites aboutissent à des synéchies.

En effet, que d'endométrites tuberculeuses sont des découvertes d'examen systématique lors d'une stérilité et ne donnent ni troubles de la menstruation, ni d'image d'accollement lors de l'hystérogaphie. Pour de BRUX et R. SOLAL ce sont les endométrites tuberculeuses, sévères, ulcérautes, donnant une abrasion non seulement de la couche fonctionnelle de l'endomètre, mais aussi de sa zone de régénération qui aboutissent à une synéchie.

Ainsi donc toute endométrite tuberculeuse n'aboutirait pas à une synéchie : il faut qu'elle revête un caractère particulièrement grave et ulcéraut pour évoluer vers la synéchie.

Enfin, le mécanisme de l'Aménorrhée secondaire pose un problème.

En effet, comme le montrent les hystérogaphies, la synéchie est en général de faible étendue, très localisée laissant persister une cavité utérine où existe encore un endomètre.

Aussi dans ces conditions pourquoi y-a-t-il aménorrhée ?

- Certes la localisation de la synéchie peut former un obstacle empêchant l'écoulement menstruel. En effet,

dans nos observations 3 et 6 il existait une synéchie au niveau de l'isthme empêchant toute menstruation dans l'observation 6 il a suffi de lever celle-ci pour que la menstruation se rétablisse. Mais cela ne donna aucun résultat pour la malade de l'observation 3, l'aménorrhée persista.

D'ailleurs, fait frappant même quand il y a un obstacle nous n'avons pas constaté d'hématomètre sus-jacent.

Certes l'endomètre peut être tuberculeux (obst. I-2). Mais les endométrites ne donnent pas toujours d'aménorrhée et d'autre part après un long traitement spécifique la menstruation ne se rétablit pas. De même dans les observations 4-5 la biopsie d'endomètre faite après traitement antibiotique nous montre un endomètre sain sans pour cela qu'il y ait menstruation.

Aussi, on peut se demander si le mécanisme de ces aménorrhées, non explicables par la taille ou la localisation de la synéchie, ni par l'endométrite tuberculeuse ne pouvait être rapproché de celui de certaines aménorrhées secondaires par synéchie traumatique où il existe une disproportion évidente entre l'Aménorrhée et la petite dimension de la synéchie.

Il faut alors admettre avec A. NETTER un mécanisme vaso-moteur, d'ordre purement réflexe, à point de départ utérin, empruntant un arc réflexe dont les voies nous sont inconnues. Théorie rappelant celle du "ovulating non-bleeding" d'Ascherman qui admet pour point de départ de ce mécanisme l'orifice interne du col utérin, sa sténose traumatique entraînant l'aménorrhée.

Cependant aussi théorique qu'apparaissent ces données elles sont corroborées par les faits :

Il suffit de lever une synéchie souvent peu étendue pour que la menstruation se rétablisse.

Mais il faut bien reconnaître que ce mécanisme

n'est pas constant. Car souvent des synéchies aussi bien tuberculeuses que traumatiques souvent fort étendues n'entraînent aucun déficit menstruel et sont des découvertes d'hystérogaphie.

Les lésions salpingiennes. Leur constance est totale. Mais ici le fait intéressant est leur devenir sous un traitement spécifique prolongé.

En général les lésions spécifiques d'inflammation tuberculeuses disparaissent. Cependant quelque fois les lésions caséuses persistent. Cela est rare une seule fois sur nos 6 cas (obst. 3).

Mais si les lésions spécifiques généralement fondent sous traitement il persiste des réactions scléreuses fibreuses ou inflammatoires sub-aiguës très importantes rendant pratiquement la trompe inutilisable fonctionnellement (obst. 5).

Enfin, nous avons été frappés malgré le traitement de l'extrême importance et fréquence des dystrophies ovariennes et en particulier des kystes lutéiniques hémorragiques.

Ce phénomène avait déjà été signalé par A. NETTER et rapporté dans la thèse de M. MALLAT inspirée par R. MUSSET. Faut-il y voir un désordre vasculaire dû à l'inflammation ?

Par contre, il n'a jamais été rencontré de lésions tuberculeuses au niveau des ovaires.

TRAITEMENT

AMENORRHEES PRIMAIRES

Quelle attitude thérapeutique adoptée chez ces malades qui sont des tuberculeuses, des aménorrhéiques, et des stériles porteuses d'annexites ?

- Tuberculose qui risque d'essaimer,

- Stérilité et aménorrhée qui retentissent très profondément sur le psychisme de toutes nos malades mais ont, en plus, de graves conséquences sociales chez les malades nord-africaines qui sont menacées de réputation.

La tuberculose :

Evidemment s'il existe des preuves bactériologiques ou histologiques, le traitement médical s'impose ; de même s'il existe des lésions annexielles appréciables à l'examen clinique.

Mais aussi avant toute intervention le traitement médical est une "règle d'or". L'observation stricte de ce dogme prive généralement l'anatomo-pathologiste de preuves histologiques et bactériologiques mais "évite au chirurgien des déboires que l'expérience nous a fait connaître et au total gratifie les malades d'une qualité et d'une sécurité bien supérieures dans les résultats" (R. MUSSET).

Mais de plus actuellement, considérant à la suite de J. de BRUX et R. SOLAL que les lésions adhésives sont souvent évolutives et non cicatricielles, il paraît

impérieux de traiter systématiquement toute symphyse endo-utérine.

Ce traitement médical est celui de toute tuberculose - polymédicamenteux et longuement poursuivi - Dans le service du Dr. R. MUSSET les malades sont d'ailleurs adressées à un phtysiologue (Professeur agrégé MARCHE) qui règle toujours le traitement. Mais insistons sur la longueur du traitement 18 mois à 2 ans, se répartissant en au moins 6 mois pré-opératoire puis le reste en post-opératoire.

L'Aménorrhée primaire comme nous l'avons déjà dit, affecte en général profondément nos malades qui se sentent différentes des autres femmes, en marge de la normale, quelles que soient d'ailleurs les explications rassurantes qu'on ait pu leur donner - entraîne des complications sociales importantes chez les Nord-Africaines et enfin parfois est douloureuse.

Aussi, lorsque nous sommes amenés à faire une laparotomie pour supprimer des lésions annexielles nous essayons de traiter cette Aménorrhée primaire par reconstitution de la cavité utérine.

En effet, la reconstitution de la cavité utérine implique la laparotomie car il est illusoire en matière de synéchie utérine d'origine tuberculeuse avec Aménorrhée primaire, de tenter la simple dilatation aux bougies par voie vaginale. Une telle tentative absolument incapable de séparer les adhérences larges, solides, épaisses des parois entre elles ne pouvait qu'aboutir à perforer l'utérus.

Lors de la laparotomie deux procédés peuvent être utilisés pour créer une nouvelle cavité.

Le premier, et probablement le meilleur, consiste à pratiquer une hystérotomie soit transversale fundique, soit arciforme antérieure entre l'insertion des ligaments ronds de manière à fendre les adhérences sous le contrôle de la vue au bistouri ou à l'aide de ciseaux spéciaux.

Le second, par une manoeuvre mixte vagino-abdominale, consiste à forer avec des bougies de Hegar l'utérus non-incisé. L'opérateur, placé de biais entre les membres inférieurs de la malade mise en position de deux équipes, empaume l'utérus de la main gauche introduite dans la cavité péritonéale et, de la main droite, fait progresser, par les voies naturelles, des bougies de Douay ou de Hegar dans le col puis dans le corps de l'utérus. Par cette manoeuvre il est relativement facile de forer une cavité et d'éviter grâce au contrôle de la main gauche, toute effraction pariétale utérine.

Quel que soit le procédé employé, il est, en tout cas, très important d'éviter la reconstitution d'adhérences. Aussi, il est nécessaire d'introduire dans la néocavité ainsi créée soit un gros drain enrobé de pommade à l'hydrocortisone, soit un ballonnet type ceux fabriqués par EYNARD qu'il faut très peu gonfler de manière à ne pas exciter la contractilité utérine. Le ballonnet doit rester en place, au moins deux semaines, durant lesquelles est administrée une oestrogénothérapie (2 mg de stilboestrol pro-die) destinée à faciliter la régénération de l'endomètre.

La corticothérapie serait susceptible de compléter utilement le traitement. Nous ne l'avons pas encore essayée dans ces conditions, mais nous nous proposons de l'employer toujours à l'avenir.

Enfin, durant les trois ou quatre mois qui vont suivre l'intervention, il est nécessaire chaque mois de faire au besoin sous anesthésie générale, des dilatations avec des bougies de Douay par les voies naturelles. Ces dilatations rompent les adhérences qui se seraient reconstituées et qui, encore tenues à ce moment, auraient tendance à se réorganiser solidement.

La stérilité, ainsi que l'Aménorrhée primaire, affecte profondément nos malades.

Les lésions annexielles qui commandent cette stérilité sont, nous l'avons vu, extrêmement importantes, atteignant constamment les trompes et presque aussi fré-

quemment les ovaires.

L'idéal serait de laisser en place les trompes et des tentatives de reconstitution et de perméabilisation ont été essayées. Mais ces essais paraissent voués à l'échec, car l'infection tuberculeuse qui aboutit à une synéchie utérine est grave et évolue depuis longtemps. Aussi dans ces cas les trompes sont toujours très profondément atteintes sans aucune possibilité de récupération fonctionnelle.

Bien plus, ces lésions annexielles entraînent généralement des douleurs pelviennes importantes ne cédant pas ou très imparfaitement au traitement médical ce qui est très compréhensible lorsqu'on voit les lésions lors de la laparotomie: trompes recouvertes d'adhérences n°8. Trompes adhérentes au sigmoïde n°10. Annexe formant une masse difficile à identifier, adhérente (obst. 7).

Enfin, aussi intensif qu'ait été le traitement médical, la destruction complète des foyers salpingiens tuberculeux ne peut jamais être affirmée.

Aussi, il semble raisonnable actuellement de pratiquer une salpingectomie bilatérale dans le but et de soulager les malades et de supprimer radicalement tout foyer tuberculeux.

En revanche, les ovaires doivent être ménagés au maximum et il est habituel de pouvoir les conserver de chaque côté, du moins partiellement. La résection cunéiforme des parties adhérentes ou kystiques, aisément pratiquée, est réparée par des points hémostatiques en X, de catgut 00 passés à l'aiguille courbe sertie.

Ainsi la stérilité ne justifie guère à elle seule la thérapeutique.

— Enfin l'abstention chirurgicale peut être commandée par certaines conditions cliniques :

- femmes qui se sont accomodées de longue date d'une aménorrhée indolente et dénuée de tout retentissement général,

- femmes qui sont frappées d'une affection grave concomittante mais indépendante.

Résultats bruts obtenus :

- L'abstention de tout traitement fut observé trois fois :

- . 1 fois la malade ayant refusé tout traitement (obst. 3),
- . 2 fois de parti pris (obst. 1-2).

- Le traitement médical antibiotique fut entrepris chez les 13 autres malades :

- . 3 fois isolément (obst. 4-5-6).

Les malades 4-5 furent perdues de vue. Par contre, avec le seul traitement médical, la malade de l'observation 6 fut réglée.

- Le traitement chirurgical fut entrepris 10 fois. Il consista en :

. Ablation des annexes, hystérectomie totale et implantation de pellets d'oestradiol chez 3 malades (obst. 7, 8, 9).

. Salpingectomie bilatérale et reconstitution de la cavité utérine chez les 4 autres.

. A deux reprises (obs. 10-11) reconstitution de la cavité utérine par forage aux bougies, en position de deux équipes et exérèse bilatérale des trompes et cornes utérines. Rétablissement rapide de la menstruation chez la première malade (obst. 10). Rétablissement 1 an après l'intervention chez la deuxième malade (obst. 11).

. A deux reprises reconstitution de la cavité par hystérotomie et clivage aux ciseaux (obst. 15-16) et salpingectomie bilatérale. Un an après l'interven-

tion, la malade de l'observation 15 n'est toujours pas réglée bien qu'à l'hystérogrophie la cavité utérine soit subnormale. Quant à la malade de l'observation 16 l'intervention est encore trop récente pour que nous ayons un résultat.

- Reconstitution de la cavité par hystérotomie et clivage aux ciseaux ainsi qu'interventions plastiques tubaires : 3 fois salpingotomie linéaire à la Challier (12) Salpingostomie (13) implantation ovaro-utérine après salpingectomie bilatérale (14).

Les règles n'étaient pas encore apparues 22 mois après l'intervention chez la malade de l'observation (12). La menstruation s'établit par contre rapidement chez les deux dernières observations (13-14).

Enfin aucune grossesse ni intra, ni extra-utérine n'a été observée chez aucune de nos opérées.

Discussion et interprétation des résultats :

L'abstention. Il est fort probable pour les malades 1 et 2 qui n'ont reçu aucun traitement de parti pris, qu'actuellement ayant révisé nos théories sur l'évolution des synéchies nous leur aurions proposé un traitement anti-tuberculeux médical.

Pour la malade de l'observation 3, l'abstention thérapeutique a été commandée par l'attitude de la malade (refus de tout traitement).

Le traitement médical antibiotique était impérieux chez les algériennes des observations 4 et 5 puisqu'il existait des preuves de l'évolutivité des lésions : biopsie de l'endomètre et culture des sécrétions cervicales positive. Après ce traitement médical une intervention chirurgicale aurait été envisageable mais ces malades indociles furent perdues de vue.

Dans l'observation 6 le traitement médical suffit à lui seul à rétablir la menstruation : règles très pauvres certes, mais régulières.

Il semble dans ce cas unique dans nos observations que l'aménorrhée primaire était due à une tuberculose endométriale évolutive (biopsie de l'endomètre positive) guérie par le traitement spécifique. La symphyse utérine étant peu étendue et laissant persister des zones d'endomètres libres relativement étendues rappelant les observations de Messieurs FUNCK-BRENTANO P. et DALSACE.

Le traitement chirurgical d'exérèse totale était hélas, logique dans l'observation 7 malgré l'âge de la malade (19 ans) . En effet cette jeune fille malgré un traitement antibiotique se plaignait de très vives douleurs lombo-sacrées, les annexes n'étaient plus reconnaissables, transformées en bloc d'une dureté pierreuse qui comprimaient l'uretère gauche au point d'entraîner une hydronéphrose secondaire.

L'intervention supprima toute douleur et suffit en levant l'obstacle à rétablir un fonctionnement rénal normal.

Ce même traitement était aussi logique chez la malade de l'observation 8 qui se plaignait d'intolérables douleurs pelviennes et dont les douleurs pelviennes étaient au-dessus de toute tentative de chirurgie conservatrice.

Dans l'observation 9 la malade avait déjà subi une annexectomie droite. Lorsqu'une violente crise douloureuse pelvienne fit décider l'intervention, l'annexe restante était le siège d'une volumineuse tumeur inflammatoire. Aussi l'annexectomie et l'hystérectomie s'imposaient.

Le traitement chirurgical restaurateur des fonctions menstruelles fut tenté 7 fois. Il a abouti :

- 2 fois à un échec (obst 12-15)
- 1 fois à un résultat tardif mais valable (obst 11)
- à un résultat satisfaisant (obs. 10)
- à deux succès (obs. 13-14)
- 1 fois (obs. 16) l'intervention est trop récente.

L'analyse des résultats est instructive car elle souligne, quant à la qualité de ceux-ci, l'importance de l'évolutivité des lésions, de l'étendue de la surface symphysée, de l'éventuel persistance d'ilots d'endomètre ou d'endométriase, de la technique.

La notion d'évolutivité des lésions est fondamentale.

Aucune preuve bactériologique ni histologique d'infection tuberculeuse par l'étude des pièces opératoires chez les trois malades dont la menstruation se rétablit aussitôt après l'intervention (Obst. 10-13-14).

A l'opposé l'examen des pièces opératoires et de la biopsie révèle une tuberculose annexielle, endocorporelle et endocervicale floride chez la malade de l'obst. 12 dont l'essai de rétablissement de la menstruation fut un échec.

Enfin, nous estimons raisonnable de penser que l'apparition tardive des règles dans l'observation 11 chez une malade porteuse de tuberculose active (salpingite ulcéro-caséuse) est due à l'action favorable du traitement post-opératoire longuement poursuivi.

Aussi, nous reportant à ces observations il semble nécessaire donc de faire un traitement médical antibiotique au moins 6 mois en pré-opératoire et de continuer celui-ci d'une période au moins égale en post-opératoire.

L'étendue de la surface symphysée et donc l'étendue des ilots d'endomètre restant est aussi un élément majeur dans la qualité des résultats.

Lorsque la symphyse corporéale n'est pas absolue, lorsque surtout la biopsie de l'endomètre est possible et ramène un peu de muqueuse, aussi mince qu'elle soit, le pronostic est bon et le traitement plus aisé.

En effet, à partir de ces ilots d'endomètre résiduel s'étend l'épithélium de recouvrement de la néo-cavité (obst. I3-I4). De même les ilots d'endométrioses découverts non exceptionnellement au niveau du tissu cicatriciel de coalescence doivent agir à la manière d'autogreffe dans la régénération de l'endomètre (obst. I3).

Par la suite la prolifération de la muqueuse utérine semble se faire progressivement ainsi qu'en témoigne le caractère de plus en plus abondant des règles.

Lorsqu'il ne subsiste aucun ilot d'endomètre et qu'on ne retrouve aucune formation d'aspect endométrial la cavité créée ne se recouvre pas d'endomètre et l'aménorrhée persiste (obst. I2 et I5). C'est là une donnée capitale qui est probablement définitive. Lorsqu'au cours de l'hystérotomie on constate l'absence de toute cavité résiduelle et la transformation complète de l'utérus en un organe plein il paraît bien impossible d'espérer la formation d'endomètre et le recouvrement de la néo-cavité par celui-ci.

C'est ainsi que dans l'observation 16 l'impossibilité de mettre en évidence la moindre trace de cavité utérine et d'ilots endométriaux nous fait penser que la menstruation ne pourra survenir et qu'il y aura échec de la tentative de traitement restaurateur.

Et il nous semble que plus l'atteinte tuberculeuse est survenue chez des fillettes très jeunes plus leur disparition de l'endomètre est totale. La malade de l'obst. I6 a eu une ascite à 5 ans.

Le problème technique de reconstitution de la cavité utérine est maintenant bien codifié .

La zone d'accollement des synéchies corporéales anciennes est faite de tissu myométrial très résistant dont l'épaisseur augmente avec le temps.

Aussi à la longue l'utérus se présente ainsi que nous l'avons déjà dit comme un organe plein où il est difficile de reconnaître la paroi antérieure et postérieure.

Aussi le forage aux bougies, forcé et à ventre ouvert ne permet pas d'obtenir une néo-cavité satisfaisante et permanente comme l'ont montré les contrôles radiologiques post-opératoires rendant compte vraisemblablement de la moindre abondance des règles chez les malades des observations 10 et 11.

En revanche l'hystérotomie systématique et la résection des adhérences dans un plan frontal aux ciseaux spéciaux donne des résultats anatomiques et fonctionnels supérieurs.

Aussi est-il donc préférable d'adopter ce procédé et même de l'améliorer en pratiquant une incision courbe antérieure qui donne un jour nettement meilleur.

Donc dans l'avenir l'intervention pourrait être ainsi réglée :

- Intervention en position de deux équipes, forage de la cavité par la manoeuvre mixte déjà décrite à l'aide de bougie de Douay jusqu'au numéro 24 - incision courbe à concavité supérieure de la face antérieure de l'utérus d'un ligament rond à l'autre ou d'une corne à l'autre.

- exploration de la cavité préparée par le passage des bougies et section sous le contrôle de la vue des adhérences; suture de la paroi utérine antérieure à l'aide d'aiguilles serties de catgut et mise en place d'un ballon à synéchie. La cavité utérine sera enfin vérifiée avec les

bougies lors de l'ablation du ballon au 14^e jour des suites opératoires, puis des dilatations douces et prudentes seront répétées chaque mois durant le trimestre suivant.

Le traitement restaurateur des fonctions de reproduction n'a obtenu aucun succès chez nos opérés (obst. 12 - 13). Comme nous l'avons déjà dit l'atteinte tubaire est trop importante.

En conclusion ,

- traitement médical anti-tuberculeux systématique,
- traitement de l'Aménorrhée primaire possible s'il persiste encore de l'endomètre,
- traitement de la stérilité , aucun succès actuellement.

TRAITEMENT CHIRURGICAL ET RESULTAT

19 bis

Noms	Etendue de la Synéchie	Activité de la tuberculose	Endomètre résiduel	Etat des ovaires	Procédés opératoires	Résultats Anatomiques	Résultat fonctionnel	Biopsies d'endomètre postopératoires
Be... Obs. 10	Corporéale totale	Néant	?	Normaux à gauche scléro-kystique à droite	Laparotomie + forage intra-utérin	Cavité = 1/3 de surface normale	Réglée	Endomètre fonctionnel
He... obs. 11	Corporéale très importante	BK + dans la trompe	?	scléro-kystiques	Laparotomie + forage intra-utérin	Cavité = 1/3 de surface normale	Réglée	Néant
G... Fatmah Obs. 12	Corporéale partielle en étoile	BK dans la BE	Néant	A droite : petit blanc + 1 follicule à gauche : kystique	Hystérotomie + dilatation	Cavité subnormale	Non réglée	Néant
Rab... Kad... Obs. 13	Corporéale presque totale	Néant	Ilots d'endomètre Endo-métrioses	Actifs Kystes hématisés	Hystérotomie + dilatation	Cavité subnormale	Réglée	Opérée : oct. 1956 BE : juin 1957 : tubes glandulaires, épines conjonctives, glycogène
Re... Khe... Obs. 14	Corporéale totale	Néant	Endomètre résiduel	Normaux	Hystérotomie + dilatation	Cavité subnormale	Réglée	Opérée : oct. 1958 BE : juil. et nov. 1959 stimulation, folliculinaire, activité lutéale
Al... Dol... obs. 15	Corporéale totale	BK + ds col	Néant	scléro-kystiques	Hystérotomie + dilatation	Cavité subnormale	Non réglée	Néant
Ha... Cat... Obs. 16	Corporéale totale	Néant	Néant	scléro-kystiques	Hystérotomie + dilatation	trait récent pas de résultat	trait récent	Néant

AMENORRHEES SECONDAIRES

Ce traitement va être essentiellement marqué par la plus grande facilité du traitement de l'aménorrhée car il persiste toujours de la muqueuse.

Par ailleurs les malades atteintes d'aménorrhée secondaire par synéchie tuberculeuse sont, comme les malades ayant une aménorrhée primaire elles aussi et des tuberculeuses.
et des aménorrhéiques
et des stériles porteuses de lésions annexielles.

Aussi le traitement de la tuberculose et de la stérilité est calqué sur celui des aménorrhées primaires.

Seul le traitement de l'aménorrhée elle-même va être différent. En effet il est beaucoup plus facile. La synéchie utérine étant beaucoup moins étendue et de la muqueuse utérine persistant toujours.

La tuberculose :

Le traitement médical s'impose de toute évidence lorsque la preuve histologique ou bactériologique de la tuberculose a pu être faite (obst. 1-2) ou lorsqu'une intervention est envisagée.

Mais, comme dans les aménorrhées primaires, actuellement il nous paraît raisonnable de l'entreprendre sur les seules données cliniques et radiologiques car nous savons combien ces lésions adhérentielles sont souvent évolutives.

Ce traitement est naturellement polymédicamenteux, largement dosé, suivie au moins durant 6 mois en pré-opératoire et poursuivi en post-opératoire.

L'Aménorrhée II :

est ici beaucoup plus facile à traiter que l'aménorrhée I. Comme nous l'avons déjà dit il persiste de l'endomètre et la synéchie est très localisée. Aussi en général une simple dilatation aux bougies par voie vaginale au besoin sous contrôle de la vue lors de la laparotomie pour annexectomie permet de rétablir la menstruation.

On peut aussi au cours de cette même laparotomie pratiquer une hystérotomie : comme dans le traitement des aménorrhées primaires. Le résultat anatomique est certainement meilleur comme nous le verrons.

Enfin là aussi il est nécessaire de mettre en place un ballon sous oestrogénothérapie durant 2 semaines et de pratiquer ensuite chaque mois des dilatations aux bougies pour éviter la reproduction de la synéchie.

La stérilité :

Le problème est exactement le même que dans les aménorrhées primaires. Les annexes sont atteintes très profondément et nous avons été forcés de pratiquer des salpingectomies bilatérales d'une part pour soulager les malades de douleurs pelviennes importantes et d'autre part pour supprimer d'éventuels foyers tuberculeux - au point de vue fonctionnel les trompes n'ayant plus aucune valeur.

Par contre nous avons été ici encore très conservateur au point de vue ovarien.

Modalités et résultats du traitement

Le traitement de l'Aménorrhée secondaire a été ainsi réalisé :

- 3 fois (obst. 3-5-6) forage par bougies de Hegar de l'utérus non incisé par manoeuvre mixte vagino-abdominale. Puis mise en place d'un ballonnet durant deux semaines.

La malade de l'observation 3 est réglée 30 jours après l'intervention et depuis l'est régulièrement. Cependant à l'hystérogaphie il persiste une synéchie de la corne gauche.

La malade de l'observation 5 est réglée 3 mois après l'intervention et depuis l'est régulièrement. A l'hystérogaphie de contrôle : synéchie de la corne droite.

La malade de l'observation 6 est réglée 30 jours après l'ablation d'une synéchie de l'isthme au cours de l'hystérogaphie. Mais il persiste une adhérence très importante au niveau des cornes. Aussi au cours de la salpingectomie bilatérale une dilatation de la cavité fut entreprise. Nous n'avons pas d'hystérogaphie de contrôle.

- Une fois hystérotomie au cours de laquelle fut évacué un abcès froid de la corne utérine droite. 42 jours après l'intervention la malade est réglée et depuis l'est régulièrement. A l'hystérogaphie cavité subnormale. Donc résultat anatomique bien meilleur que par simple dilatation aux bougies (obs. 1).

- Une fois devant l'âge de la malade 40 ans, la faible étendue de la synéchie, l'aménorrhée a été traitée par dilatation uniquement par voie vaginale sans laparotomie. La malade est réglée un mois plus tard et continue à l'être régulièrement mais de manière peu abondante et trainante.

- Enfin, une seule fois le traitement ne fut pas conservateur : la malade avait 40 ans, les annexes formaient un magma où il était impossible de distinguer trompes et ovaires. Aussi une hystérectomie avec annexectomie bilatérale fut pratiquée.

Donc, toutes les fois où il y eut un traitement restaurateur de la cavité utérine, c'est-à-dire cinq fois sur six, le traitement de l'aménorrhée secondaire fut toujours suivi de succès, bien qu'anatomiquement il faut le reconnaître la cavité utérine soit à peine plus grande qu'avant le traitement, sauf dans l'observation 1 où il y eut une hystérotomie.

La stérilité : son traitement est aussi décevant que dans les aménorrhées primaires. En effet les annexes aux cours des 5 laparotomies qui furent pratiquées étaient macroscopiquement si atteintes qu'une salpingectomie bilatérale s'accompagnant 4 fois en outre d'une ovariectomie unilatérale fut décidée.

En conclusion, le vrai traitement des synéchies doit être préventif. Celui curatif étant extrêmement décevant au point de vue stérilité.

Il faudrait prévenir l'atteinte tuberculeuse génitale qui est toujours secondaire à un autre foyer tuberculeux; et pour cela traiter toutes les primo-infections des petites et jeunes filles.

INTERVENTIONS (AII)

Noms	trait pré-opératoire	Procédés opératoires			Résultats anatomiques	Résultats fonctionnels lères règles laps de temps	B E
		Utérus	Trompes	Ovaires			
ROUR..... 1	6 mois	Hystérotomie + dilatation	Salpingectomie bilatérale	normaux	Cavité subnormale	42 jours plus tard d'abondance normale	
PER..... 2	1 an	dilatation	-	-	pas d'Hystero de contrôle	10 jours après depuis règles régulières	
PAR..... 3	2 ans	dilatation + laparotomie	Salpingectomie bilatérale	Résection cunéiforme ovaires	Persistance synéchie corne g	30 jours après depuis règles régulières	
RA..... 4	6 mois	Hystérectomie	Salpingectomie bilatérale	Ovariectomie bilatérale			
BOUR..... 5	6 mois	dilatation + laparotomie	Salpingectomie bilatérale	Ovariectomie d	à peine agrandie	3 mois régée régulièrement	
BEL..... 6		dilatation + laparotomie	Salpingectomie g Annexectomie d	Ovariectomie d	Pas d'Hystero de contrôle	30 jours après dilatation pour hystérogaphie.	

CONCLUSION

- Depuis la publication de A. NETTER, R. MUSSET, A. LAMBERT, Y. SALOMON et G. MONTBAZET en 1955, une nouvelle forme d'aménorrhée au syndrome clinique, anatomo-pathologique et étiologique bien défini, a été individualisé.

- La reconnaissance de ce syndrome commande l'administration immédiate et parfaitement correcte de l'antibiothérapie tuberculeuse.

- Le traitement restaurateur des différentes fonctions génitales est chirurgical :

• L'intervention rétablie pratiquement toujours la fonction mènstruelle, dans le cas de symphyse endo-utérine avec aménorrhée secondaire.

Mais ces résultats sont plus aléatoires dans le cas de symphyse endo-utérines avec aménorrhée primaire où le rétablissement de la menstruation dépend uniquement de la persistance d'ilots endométriaux.

• Le traitement restaurateur de la fonction de reproduction paraît en revanche illusoire en raison de l'intensité des lésions tubaires irrémédiables chez les femmes porteuses de synéchies tuberculeuses endo-utérines.

C'est insister sur l'importance majeure du trai-

tement prophylactique : la primo-infection risquant toujours chez les femmes de compromettre gravement les fonctions génitales.

oOo

OBSERVATIONS DES AMENORRHEES PRIMAIRES

OBSERVATION 1 : B... Lucienne , 44 ans.

Histoire de la maladie :

Aménorrhée primaire, développement des caractères sexuels secondaires aux environs de la quinzième année. Depuis l'âge de 11 ans : douleurs abdomino-pelviennes et leucorrhée. Pas de molimen cataménial.

Antécédents :

Coxalgie gauche à 11 ans.

Examen clinique :

Obésité. Du point de vue gynécologique : R. A. S.
Frottis vaginaux : bonne imprégnation folliculinique.

Examens paracliniques :

H. S. G. : image de gant de 35 mm de long.

Traitement :

Aucun.

OBSERVATION 2 : Pr... Vincenta, 28 ans.

Histoire de la maladie :

Adressée par M. le Pr SOULIE. Aménorrhée primaire. Leucorrhée périodique. Caractères sexuels secondaires normalement apparus à l'âge de 13 ans.

Antécédents :

Tuberculose : R. A. S. Rétrécissement mitral

traité par commissurotomie en Espagne en 1954. Actuellement mal toléré. Une commissurotomie itérative est envisagée.

Examen clinique :

R. A. S. du point de vue gynécologique.

Examens paracliniques :

H. S. G. (20. 10. 59) : synéchie corporeale incomplète avec image de pseudo-malformation utérine. Injection vasculaire importante.

Traitement différé à cause de la cardiopathie qui occupe actuellement le premier plan.

OBSERVATION 3 : P... , 23 ans

Histoire de la maladie :

Aménorrhée primaire.

Antécédents : R. A. S.

Examen clinique :

Caractères sexuels secondaires normaux. T. V. R. A. S. Hystérométrie : 4-5 cm.

Examens paracliniques :

H. S. G. : synéchie utérine évidente donnant une image en doigt de gant. Radio pulmonaire: R. A. S. Culture des sécrétions cervicales sur milieu de Loewenstein négative.

Traitement :

Intervention proposée mais différée. Malade perdue de vue depuis.

OBSERVATION 4 - Ott... , 24 ans.

Histoire de la maladie :

Consulte pour stérilité ; aménorrhée primaire.

Antécédents : R. A. S.

Examen clinique :

Caractères sexuels secondaires normaux. Examen gynécologique : l'utérus paraît mobile ; les ovaires sont perceptibles ; glaire cervicale filante avec phénomène de cristallisation ; hystérométrie : 4 cm. Hystérographie : synéchie corporéale.

Examens paracliniques :

"biopsie d'endomètre" : ne ramène qu'un fragment endocervical ; présence d'un follicule tuberculeux typique. V. S. normale. Réaction de Middlebrook-Dubos : négative au I/30°.

Traitement médical habituel (antibiotiques spécifiques).

Résultat : malade perdue de vue.

OBSERVATION 5 : Rh. . . , 22 ans

Histoire de la maladie :

Aménorrhée primaire.

Antécédents : R. A. S.

Examen clinique :

Caractères sexuels secondaires normaux. Examen gynécologique : R. A. S. Hystérométrie : 4,5 cm. Hystérographie : synéchie corporéale totale.

Examens paracliniques :

Biopsie d'endomètre : ne ramène que des lambeaux de muqueuse endocervicale. Culture des sécrétions cervicales sur milieu de Loewenstein : fortement positive à la 10^e semaine. Inoculation des sécrétions cervicales au cobaye : positive après 3 mois. Cuti-réaction : fortement positive. Réaction de Middlebrook-Dubos : positive au I/100^e. V. S. : I4-32-80.

Traitement :

Tout d'abord ne suit pas le traitement prescrit. Est revue le 3.3.58, environ 7-8 mois après l'examen initial, avec une masse kystique gauche. On la revoit le 11.8.58 avec un mauvais état général. Elle est soumise au traitement médical habituel : streptomycine : 40 g + pasiniazide.

Résultat : malade perdue de vue.

OBSERVATION 6 : At... , 22 ans

Histoire de la maladie : Aménorrhée primaire.

Antécédents : R. A. S.

Examen clinique : R. A. S.

Examens para-cliniques :

H. S. G. : petite cavité utérine "bicorne". Cuti-réaction : très positive. V. S. : 20.44.99. Culture des sécrétions cervicales sur milieu de Loewenstein : négative. Biopsie d'endomètre : quelques rares tubes glandulaires sans glycogène, présence de nodules lympho-épithélioïdes. Réaction de Middlebrook-Dubos : positive au I. 80é.

Traitement médical : streptomycine 30 g + pasiniazide : 6 comprimés par jour.

Résultats :

Règles très minimes H. S. G. : l'aspect de l'utérus s'est modifié. Les deux trompes sont injectées mais imperméables.

OBSERVATION 7 : Al... Simine, 19 ans

Histoire de la maladie :

Adressée par le Pr de SEZE. Aménorrhée primaire Douleurs sacrées et lombaires depuis 3 mois, vives.

Antécédents :

Virage de cuti-réaction à 5 ans. Adénites suppurées cervicales pendant plusieurs années. Appendicectomie à 16 ans, au cours d'une crise aiguë, suivie de suppuration pendant un mois, de douleurs pendant 1 an.

Examen clinique :

Développement normal des caractères sexuels secondaires. Examen gynécologique : utérus de taille normale, masses annexielles dures ; glaire cervicale abondante ; frottis vaginaux de stimulation oestrogénique ; hystérométrie : 3 cm.

Examens paracliniques : H. S. C. : synéchie isthmo-corporeale respectant le canal cervical. Cliché sans préparation

adénopathies calcifiées présacrées. Coelioscopie : impossible du fait des adhérences. Urographie I. V. : dilatation de l'uretère et du bassinnet gauches.

Traitement médical d'abord : PAS plus INH.

Revue 3 mois plus tard avec une masse annexielle gauche comprimant l'uretère.

Traitement chirurgical : C.R.O. du 2-6-54. Médiante sous-ombilicale. L'ouverture de la cavité péritonéale est très difficile car la cavité est presque totalement symphysée. Les organes génitaux sont ainsi absolument invisibles car recouverts en totalité par des adhérences péritonéales et épiploïques et des adhérences vésicales et intestinales. On réussit cependant peu à peu à libérer ces adhérences pour apercevoir l'utérus. Après dissection laborieuse on fait une hystérectomie abdominale, totale, première. Après hystérectomie on peut dès lors extirper l'annexe gauche qui est entièrement enfouie sous des adhérences, rendant impossible la distinction entre la trompe et l'ovaire qui ne constituent qu'une seule masse dure. Au cours de la dissection de cette masse annexielle gauche on se rend compte que l'uretère lui était adhérent, et on peut le voir facilement dans la zone de décollement. On pratique ensuite l'ablation de l'annexe droite restante formant également une masse difficile à identifier et très adhérente. Suture hémostatique sur le vagin. Péritonisation très satisfaisante - Fermeture de la paroi sans drainage.

Examen anatomo-pathologique :

H. S. G. de la pièce. L'utérus est transformé en un organe plein, sauf une petite cavité de 5 mm de long, en plein milieu, sans communication avec l'extérieur. Trompes scléreuses. Ovaire gauche kystique et hémorragique. Examen histologique : ni follicule, ni caséum, ni infiltration leucocytaire.

Résultats :

Satisfaisants . U. I. V. normale.

OBSERVATION 8 : Denis, 21 ans

Histoire de la maladie :

Aménorrhée primaire. Développement normal des caractères sexuels secondaires de 11 à 13 ans. Tous les mois depuis l'âge de 12 ans et demi : gonflement abdominal et mammaire, douleurs progressivement croissantes de l'hypogastre et de la F.I.G. ; actuellement très pénibles.

Antécédents :

Virage de cuti-réaction à 5 ans. A 5 ans, appendicectomie qui aurait été suivie de suppuration.

Examen clinique :

Vagin et col normaux , glaire filante. Le corps utérin paraît un peu petit. Masses annexielles kystiques, plus développées à gauche qu'à droite. Hystérométrie : 3,5 cm.

Examens paracliniques :

V. S. et N. F. S. : normales. Radiographies sans préparation : calcifications péuviennes bilatérales. H. S. G. : mince défilé aboutissant au bout de quelques millimètres à une minuscule cavité anfractueuse.

Traitement chirurgical : C.R. O. (16.10.54)

Médiane sous-ombilicale

A l'exploration :

L'utérus est de taille normale, peut-être un peu petit, et présente au niveau de son fond une ébauche d'encoche sagittale qui lui donne un léger aspect codiforme. La face postérieure de l'utérus est lâchement adhérente au péritoine du Douglas. Les deux annexes présentent des stigmates évidents d'inflammation ancienne et offrent un aspect très analogue des deux côtés. Des deux côtés, en effet, les trompes, à pavillon bouché , sont recouvertes par des adhérences péritonéales anciennes très serrées et offrent un aspect moniliforme. Les ovaires entourés d'adhérences péritonéales épaissies sont de la taille d'une noix verte et porteurs de multiples kystes de volume irrégulier, dont quelques-uns sont à contenu hématique.

Les annexes pathologiques sont étroitement adhérentes à la région pelvienne dans la région urétérale.

On pratique une hystérectomie totale avec ablation des deux annexes, assez difficile à cause de la solidité des adhérences et de la proximité des uretères qu'il a fallu disséquer sur une partie de leur trajet.

Examens anatomo-pathologiques :

Symphyse presque complète, respectant une petite cavité de 10 mm, remplie de liquide hématique, ne communiquant pas avec la cavité cervicale mais avec les trompes. Examen histologique : pas de stigmate anatomique de tuberculose.

OBSERVATION 9 : Le... Michèle, 23 ans

Histoire de la maladie :

Règles uniques à l'âge de 14 ans en 1950, très peu abondantes, douloureuses, ayant duré une journée.

Antécédents :

Développement des caractères sexuels secondaires à 14 ans. Pas de signe de molimen cataménial. Juillet 1957 : intervention pour crise douloureuse de la FID : kyste de l'ovaire droit : ovariectomie droite, hystéropexie. Virage de cuti-récent : cuti positive il y a peu de temps, négative auparavant (?). Antécédents familiaux : R. A. S.

Examen clinique : "Ovarite scléro-kystique"

Examens paracliniques : HSG: synéchie totale , VS: 6. I9.90; 13.30.

Traitement chirurgical : CRO (9/8/58)

Médiane sous-ombilicale.

Hystérectomie totale selon le procédé habituel avec résection de l'annexe restante : trompe obturée et adhérente, un peu moniforme mais non hypertrophiée, pavillon bouché, ovaire scléro-kystique adhérent.

Examen anatomo-pathologique :

Tuberculose évolutive à forme fibro-caséuse du col et de l'endomètre ; salpingite tuberculeuse à forme fibro-caséuse.

OBSERVATION 10 : B... Ginette, 23 ans

Histoire de la maladie :

Consulte en octobre 1957. Aménorrhée primaire dysménorrhéique : douleurs et malaises mensuels pendant 3 jours.

Développement morphologique, pilaire et mammaire normal à 14 ans.

Antécédents familiaux : une tante tuberculeuse : contagé vers l'âge de 6 ans - personnels : poumons : RAS Cuti-réaction positive à 13 ans, adénopathies cervicales non étiquetées vers l'âge de 8 ans : est porteuse de cicatrices d'adénites suppurées ; séjour de 6 mois en préventorium à 10 ans ; appendicectomie à froid à 16 ans ; mariée depuis deux ans.

Examen clinique :

Col petit, attiré à gauche. Corps attiré à droite. Masse annexielle droite, pâteuse, assez antérieure et mobile.

Examens paracliniques :

Synéchie corporéale totale (fig. 8) Dosage endocrinien : 17-cétostéroïdes : 85 mg , Folliculine : 4 gamma FSH: entre 3 et 24 U.S.

Frottis vaginaux : aspect hypo-oestrogénique. A noter un aspect d'ovulation sur une lame et des hématies sur une autre.

Traitement chirurgical : C.R.O. (30-4-58)

Equipe haute :

Médiane sous-ombilicale

A l'ouverture nombreuses adhérences épiploïques au péritoine pariétal.

Petit utérus en position intermédiaire à fond arqué.

Annexe droite : constituée par un kyste de la taille d'une orange, développé aux dépens de l'ovaire et de la trompe ; aspect de kyste tubo-ovarien adhérent.

Annexe gauche : ovaire normal, La trompe adhère dans la région au colon sigmoïde : pavillon obturé.

Au niveau de chaque corne utérine il existe un noyau dur.

On pratique :

- 1 - Une annexectomie droite
- 2 - Une salpingectomie gauche avec résection de chaque côté de la corne utérine. Péritonisation à l'aide de 2 ligaments ronds,
- 3 - Résection du nerf présacré (aménorrhée dysménorrhéique pénible) ; antibiotiques dans le péritoine. Fermeture de la paroi en 3 plans aux crins. Crins et agrafes sur la peau.

Equipe basse : effondrement de la synéchie aux bougies ; mise en place d'un ballon.

Traitement médical : post-opératoire.

Examen anatomo-pathologique :

- Fragments d'ovaire avec un très volumineux kyste sans paroi propre. Dans l'ovaire on trouve des corps jaunes cicatriciels et quelques follicules kystiques ainsi que deux cicatrices fibreuses (de corps jaunes ?) infiltrées de sels calcaires. Sur la surface de l'ovaire on trouve, accolé, du péritoine.

- Deux fragments de la trompe droite : le méso est épaissi et fibreux. Autour des vaisseaux on trouve quelques foyers de cellules rondes. La trompe même a une paroi épaissie, fibreuse. Pas de franges. La lumière est réduite à quelques petites cavités. Dans la paroi on trouve quelques foyers de lymphocytes et de macrophages.

- Fragments de la trompe gauche : le méso et la paroi de la trompe sont épaissis et fibreux. La lumière est très réduite et bordée par un épithélium aplati. On ne trouve pas de follicules tuberculeux.

En conclusion : séquelles d'ovarite et de salpingite bilatérale dont l'origine ne peut pas être définie (probablement tuberculeuse).

Résultats :

Les règles sont apparues le 25 mai, le 22 juin, en juillet, en août, de moins en moins abondantes. Une trace en septembre. Rien en octobre 1958.

Traitement : progestérone. Nouvelles dilatations en juillet.

Les règles réapparaissent : le 2 novembre, le 23 novembre, le 19 décembre, le 11 janvier, le 22 janvier, le 6 février, le 19 février.

- HSG : le 30 juin 1958 et le 29 novembre 1958. On y voit une cavité utérine tubulaire un peu inclinée latéralement, dont la surface représente environ le tiers de celle d'une cavité utérine normale (fig. 9)

Examen clinique le 3 mars 1959 : hystérométrie: 6cm

Revue récemment (novembre 1959) cette femme déclare avoir des règles régulières, indolentes et dont l'abondance s'est nettement accrue.

OBSERVATION 11 : Hem... René, 19 ans

Histoire de la maladie :

Consulte en mars 1958. Aménorrhée primaire. Puberté mammaire et pilaire à 13 ans. Depuis l'âge de 14 ans, douleurs abdominales périodiques mensuelles pendant 5-6 jours avec tension mammaire.

Antécédents familiaux : une soeur décédée de méningite tuberculeuse à l'âge de 14 ans, il y a 11 ans.

- personnels : cuti-réaction positive à 13 ans ; à 13, 14 ans épisode fébrile avec adénopathie cervicale ; appendicectomie à 21 ans.

Examen clinique : caractères sexuels secondaires normaux

Examens paracliniques :

HSG : le 30.4.58 : synéchie isthmo-corporéale, respectant la cavité cervicale (fig. 10). NFS : le 2-4-58: 13.000 leucocytes dont 78% de polynucléaires. VS: 8.19. F. V. : 0,90.10.17 -cétostéroïdes: 6,8 mg. FSH : entre 25 et 50 US.

Traitement chirurgical (5.4.58) : CRO

Par voie basse :

On dilate assez facilement mais on est obligé de

forcer énergiquement cependant pour libérer la cavité utérine. Pose d'un ballon.

Par voie haute :

- à l'exploration : cavité péritonéale absolument normale et libre, utérus libre, de forme et de volume normaux, trompes sans aucune adhérence péritubaire, à pavillons intacts, mais nettement dilatées, ovaires gros et blancs d'aspect semblable aux ovaires du syndrome de Stein-Lewenthal.

- on pratique une salpingectomie bilatérale et une résection cunéiforme des deux ovaires.

Traitement médical post-opératoire : streptomycine et INH.

Examen anatomo-pathologique :

- premier fragment d'ovaire : contient de nombreux follicules kystiques, un corps jaune cicatriciel est entouré d'une bande fibreuse.

- deuxième fragment d'ovaire : semblable au premier et contenant en plus un volumineux kyste lutéinique.

- trompes : deux fragments : l'un a conservé sa structure normale, mais ses franges sont infiltrées de cellules inflammatoires ; l'autre : la cavité a disparu, elle est remplie de caséum, la paroi elle-même contient de nombreux follicules tuberculeux.

En conclusion : ovarite scléro-kystique ; salpingite unilatérale tuberculeuse, à forme caséuse, hydrosalpinx.

Résultats :

HSG opacification corporeale partielle (fig. 11)
A la suite d'une antibiothérapie prolongée et de nouvelles dilatations, une menstruation régulière s'est établie tardivement.

OBSERVATION I2 : Deb... Fatma, 28 ans

Histoire de la maladie :

Consulte le 17-7-57 pour aménorrhée primaire.

Antécédents : RAS

Examen clinique : RAS. Hystérométrie : 4-5 cm.

Examens paracliniques :

H. S. G. (fig. 6): comme le canal cervical est seul dessiné, on augmente assez fortement la pression du liquide injecté et, au bout de quelques instants on voit apparaître l'image étoilée du corps utérin, séparée de l'isthme par une synéchie centrale. NFS : hyperleucocytose à 10.600, dont 79% de polynucléaires. VS : et réaction de Vernes ne donnent aucun renseignement valable. Réaction de Middlebrook-Dubos : positive au I/32è. Prélèvement endocavitaire : sur les fragments ramenés par la sonde de Novak, on ne trouve nulle part d'image d'endomètre. Sur une base mince de chorion musculo-fibreux, on note un tissu inflammatoire oedémateux, constellé de volumineux follicules tuberculeux typiques avec des cellules géantes et des cellules épithélioïdes. Des formations identiques se retrouvent sur la muqueuse endocervicale. Ces faits témoignent indiscutablement d'une tuberculose génitale très active, touchant vraisemblablement tout le tractus génital puisque l'endocol lui-même est touché.

Traitement chirurgical (I9. 7. 57) :

Utérus normal. Les deux trompes sont obturées au niveau du pavillon. A droite, l'ovaire est petit, blanchâtre, lisse et porte à sa surface un gros follicule mûr. A gauche, l'ovaire, gros et kystique, éclate sous le doigt. On suture le peu de tissu ovarien restant. Après hystérotomie, on sectionne les adhérences intra-utérines. A défaut de ballonnet spécial, on met en place une grosse sonde de Pezzer et on termine par une plastie de la trompe gauche à la manière de Challier.

Traitement médical post-opératoire : streptomycine, pénicilline, PAS, INH.

Résultats :

HSG, 21 jours après l'intervention : mauvais résultat anatomique. Les synéchies se sont reproduites et l'on voit une injection vasculaire, favorisée, il est vrai, par la forte pression exercée.

Nouvelle intervention par voie basse (I4.8.57) :

Les adhérences de formation récente sont dilacérées au moyen d'une bougie de petit calibre. Introduction dans la cavité d'une grosse sonde de Pezzer laissée en place 8 jours.

Traitement médical post-opératoire :

Antibiotiques + éthynyl-oestradiol.

H. S. G. (29.8.58) : cavité utérine d'aspect presque normal avec une trompe injectée, rigide, en tuyau de pipe et, malgré la pression assez forte exercée, il n'y a pas d'injection vasculaire.

Aucune menstruation n'est apparue après ce traitement (dernières nouvelles en mai 1959).

Examen anatomo-pathologique :

Porte sur des fragments prélevés pendant la deuxième intervention. Ils sont constitués uniquement par une muqueuse endocervicale hyperplasique mais les images de tuberculose précédemment rencontrées, se sont presque partout effacées. En effet, on ne rencontre que quelques plages de cellules épithélioïdes en bordure d'un liséré de nécrose en voie de remaniement par pénétration cellulaire. Cependant en un point, on voit encore une énorme cellule de Langhans.

OBSERVATION 13 : R... Kad.. 24 ans

Histoire de la maladie :

Consulte pour stérilité et douleurs mensuelles.

Aménorrhée primaire.

Antécédents :

A neuf ans, tuberculose pulmonaire (est restée alitée et fébrile pendant 9 mois).

Examen clinique : RAS

Examens paracliniques :

HSG : synéchie corporéale . Les examens complémentaires sont tous négatifs sauf la VS qui est très accélérée.

Traitement médical :

Avant et après l'intervention : association streptomycine, PAS , INH.

Traitement chirurgical : CRO du 6.10.53

- l'utérus est adhérent de toutes parts, mais les adhérences des faces antérieure à la vessie, postérieure au sigmoïde , sont assez lâches pour laisser au corps sa mobilité. A l'étage de l'isthme, les adhérences au Douglas sont beaucoup plus serrées.

- Annexe gauche : ovaire apparaissant comme un kyste hématique du volume d'une amande. Sur sa partie interne un nodule noirâtre laisse penser qu'il s'agit d'un endométriome, mais il est difficile de dire s'il est ovarien ou tubaire. On libère facilement les adhérences tubaires, on résèque le kyste et on reconstitue ce qui reste d'ovaire sain.

- Annexe droite : l'ovaire est contenu dans une coque adhérentielle soudée au sigmoïde. Dissection laborieuse. La trompe est obstruée. Introduction par l'équipe basse de bougies de Hégar jusqu'au n°8. Hystérotomie transversale fundique. On sculpte au bistouri un tissu fibreux excessivement dur. Au niveau de la néo-cavité utérine ainsi créée, on effectue des prélèvements et l'on place un gros drain entouré de pommade à la cortisone. Ce drain est suturé au col. Suture en deux plans de l'hystérotomie . Pestaloza.

Donc : - hystérotomie fundique plus dilatation aux bougies

- traitement conservateur des annexes.

Dans les suites opératoires, injection pendant 8 jours de 10 cm³ d'hydrocortisone dans le drain.

Examen anatomo-pathologique (Dr de BRUX) :

Le prélèvement fait au niveau de la synéchie a montré sur la partie externe un myomètre hyperplasique, mais strictement normal. Sur le bord interne, on note un fragment endométrial avec 6 tubes glandulaires entourés par du chorion cytogène. Mais pratiquement, sauf en quelques points, cet endomètre n'est pas en contact avec

la cavité utérine. Il en est séparé par une zone de fibrose encore hyaline sur le bord interne.

Les fragments d'ovaire examinés ont montré l'existence d'organites folliculaires en voie d'évolution, certains hémorragiques. Sur un fragment il existe un corps jaune également infiltré de sang. D'ailleurs on rencontre partout des raptus hémorragiques.

Sur d'autres prélèvements, il existe incontestablement des endométrïomes avec du chorion cytogène en bordure ; certains sont typiques, d'autres au contraire montrent des remaniements en rapport avec l'organisation fibreuse des hémorragies précédentes.

Aucune image de tuberculose.

Résultats :

HSG (28.11.56) : l'aspect de l'utérus est subnormal .

- Apparition des règles le 30.11.56 et depuis menstruation très régulière tous les 26 jours, abondamment pendant 4 jours (dernières nouvelles en mai 1959). La cavité utérine mesure 7 cm au dernier examen.

- Biopsie d'endomètre le 19.6.57 (23è jour du cycle) : tubes glandulaires assez nombreux , dilatés, l'un d'eux même kystique avec présence de quelques épines conjonctives et de glycogène la partie apicale des cellules dans la lumière des tubes. Le chorion est dense, fibrillaire, oedémateux par endroits, avec de nombreux fibroplastes, mais ce qui domine essentiellement, ce sont les phénomènes inflammatoires. Sur certains de ces fragments, on note de larges plages de polynucléaires tandis qu'ailleurs on rencontre seulement des îlots lymphoïdes (Dr de BRUX).

OBSERVATION 14 : Ref... Kh..., 25 ans

Histoire de la maladie :

Consulte pour stérilité le 18.8.58. Aménorrhée primaire. Depuis l'âge de 20 ans, tous les 5-6 mois, quelques petites tâches sanguinolentes pendant une demi-journée.

Antécédents : RAS.

Examen clinique :

Caractères sexuels secondaires, normaux. Examen gynécologique :

- glaire cervicale avec cristallisation très nette.
- ovaire nettement perceptibles, gros et durs
- hystérométrie : 4 cm.

Examens para-cliniques :

HSG : synéchie corporéale totale . Biopsie d'endomètre (Dr de BRUX) : petits lambeaux de myomètre auxquels fait suite un endomètre très mince, très remanié par la sclérose. A la partie superficielle existe un véritable granulome inflammatoire. Quelques tubes glandulaires noyés dans des phénomènes scléro-conjonctifs. Ils sont pour la plupart atrophiques et ne montrent semble-t-il aucune réponse aux stimulations hormonales. Cuti-réaction négative. Intradermoréaction à 50 unités : positive VS : normale.

Traitement chirurgical (20.10.58) :

Utérus de volume normal mais les deux trompes sont réduites à deux très courts moignons comme si elles avaient été amputées à 1,5 cm de la corne. Les deux ovaires sont recouverts par une mince membrane rougeâtre qui s'épaissit et prend sur le bord externe de l'ovaire l'aspect d'une frange de Richard. Après avoir pratiqué une hystérotomie fundique, on va à la rencontre d'une bougie n° 8 introduite par l'équipe du bas. On s'efforce avec de grandes difficultés, de refaire la cavité utérine au moyen de ciseaux à synéchie. Il faut véritablement sculpter un muscle utérin extrêmement dur. Quand on a l'impression d'avoir reconstitué une cavité normale on y introduit par l'orifice abdominal, une sonde de Musset. Mais, au lieu de suturer l'orifice d'hystérotomie, on en profite pour pratiquer une implantation intra-utérine de l'ovaire selon la technique de Gaillard et Slawinski. Les deux moignons tubaires sont réséqués jusques et y compris leur portion intramurale. Injection intra-abdominale de streptomycine-pénicilline. Donc :

- hystérotomie plus dilatation aux bougies
- salpingectomie bilatérale
- implantation ovaro-utérine.

Traitement médical post-opératoire :

Streptomycine plus BPAS

Benzogynoestryl -1 pendant 10 jours

Le 19.11.58 : rupture de néo-adhérences au moyen d'une bougie de Hégar.

Examen anatomo-pathologique (Dr. de BRUX)

Aucune lésion tuberculeuse ou tuberculoïde tant sur l'ovaire que dans les moignons tubaires et dans le myomètre.

Résultats :

Règles du 21 au 25.11, puis du 20 au 24.12. Depuis bien réglée. HSG (26.11., clichés 3 et 4) ; cavité utérine subnormale. B. E. (11.7.59) : endomètre subissant une stimulation folliculinique peu importante. BE (10.11.59) l'endomètre subit à la fois une stimulation folliculinique capable d'induire des mitoses et une discrète action lutéale (inclusions de glycogène).

OBSERVATION 15 : AL... D. 38 ans

Histoire de la maladie :

Aménorrhée primaire

Leucorrhée depuis plusieurs années.

Antécédents gynécologiques :

Mariage depuis 10 ans

Stérité primaire involontaire

Antécédents généraux

1945 amputation jambe gauche pour abcès froid.

Examen :

Caractères sexuels secondaires normaux

Vulve - vagin : sains

Col ; exulcération : suspicion de tuberculose

— biopsie du col: tuberculose .

TV - RAS - Hystérographie le 5.3.60 , image en doigt de gant.

Intervention le 13.1.61 après un traitement de 6 mois de Rimifon.

CRO - Petit utérus en position intermédiaire, trompes grêles, macroscopiquement normales, pavillons reconnaissables des 2 côtés. Petits ovaires scléro-kystiques.

On pratique :

- salpingectomie rétrograde
- résection cunéiforme de l'ovaire gauche
- hystérotomie transversale sur bougie

lors du passage des bougies on sent céder les adhérences de la partie basse de la cavité.

- équipe basse : effondrement de la synéchie et dilatation aux bougies de Douay.

Histologie :

Myomètre d'aspect sensiblement normal.

Franges tubaires avec dilatations vasculaires et dilatation des fentes lymphatiques

TD. ostium utérinum réaction fibreuse du chorion région médiane de la trompe : hématosalpinx

OG : nombreux follicule primordiaux présence d'un follicule atrésique.

Hystéro de contrôle le 19.4.61

Cavité utérine subnormale

Nombreux passages vasculaires.

Pas de règles 1 an après l'intervention .

OBSERVATION 16 : HA... Catherine 24 ans

Histoire de la maladie :

Aménorrhée primaire

Molimen catamenial tous les mois depuis l'âge de 15 ans.

Antécédents généraux :

- à l'âge de 5 ans : ascite
- Rx pulmonaire : séquelle de pleurésie

Examen :

vulve , vagin , col sains

Utérus taille normale
pas de masse annexielle

Courbe thermique : décalage
FSH normaux
Oestrogènes normaux

- BE : muqueuse endocervical normale
- Hystéro : image en doigt de gant
- TT : antituberculeux durant 6 mois.
- Laparotomie le 6.12.61 :
 - Utérus petit adhérent
 - Ovaire D porteur d'un corps jaune
 - Ovaire G scléro-kystique

des deux côtés les trompes sont obstruées par un processus symphysaire accentué.

On pratique :

- une salpingectomie bilatérale avec résection de la partie interstitielle de la trompe et résection cunéiforme de l'ovaire gauche.
- hystérotomie sur le fond utérin, et mise en place d'un ballonnet.

A l'intervention pas d'endomètre reconnaissable.

Suites opératoires excellentes.

Pas de résultats intervention trop récente actuellement.

OBSERVATIONS DES AMENORRHEES SECONDAIRES

OBSERVATION 1 : ROU... Yvonne, 25 ans

Histoire de la maladie :

Hypoménorrhée depuis 10 mois.

Antécédents gynécologiques :

P.R. 13 ans, bien réglée jusqu'en 1950.

Antécédents généraux :

1951 - 16 ans pleurésie droite non traitée

Examen :

V.V : col sain, utérus rétroversion - masse an-nexielle droite.

B.B : le 5.59 : positive cobaye

Hystéro : synéchie tuberculeuse - disparition de la corne gauche

Laparotomie après 6 mois de

† traitement anti-tuberculeux le 21.5.60

- ovaires normaux - trompes obstruées aux pavillons

- hystérotomie transversale : abcès froid de la corne droite que l'on évacue

- salpingectomie bilatérale.

Voie basse dilatation aux bougies. Mise en place d'un ballon

Réglée le 3.7.61 :

44 jours après l'intervention.

Hystéro de contrôle 28.4.61 :

réapparition corne droite. cavité subnormale

Histologie :

Salpingo-péritonite tuberculeuse

Séquelle de salpingite probablement tuberculeuse.

OBSERVATION 2 : PER... 40 ans

Histoire de la maladie :

Aménorrhée secondaire depuis juin 1950, précédée des pertes blanchâtres très abondantes avec fièvre ayant résisté à un trait par Cycloestrol.

Antécédents gynécologiques :

- PR . 13 ans, 25 jours - 3 jours

- Electro-coagulation du col en 1951

Antécédents généraux :

- 18 ans - pleurésie

- 1950 : tuberculose pulmonaire, traitée depuis avril 1950.

Examen :

RAS

- BE en 51 +

- BE en 59

- hystéro : image de pseudo-malformation.

Le 1.3.60 :

Dilatation aux bougies

le 1.4.60 :

Premières règles

OBSERVATION 3 : PAR... F. 26 ans

Histoire de la maladie :

Aménorrhée depuis 2 ans, précédée de douleurs pelviennes et leucorrhée.

Antécédents gynécologiques :

P.R. : 14 ans , bien réglée jusqu'en 1958

Antécédents généraux :

1957 : 22 ans - tuberculose intestinale opérée.

Examen :

VV. : col sain - utérus en antéversion - rien aux annexes.

BE : hystéro impossible

Traitement anti-tuberculeux durant 1 mois.

Nouvelle tentative de BE après libération synéchie à isthme qui ramène : une muqueuse en état folliculinique. Les tubes glandulaires sont bien développés. Mitose rare . Pas de signe d'activité du corps jaune.

Nouvelle hystéro. disparition des cornes.
injection de la cavité.

Le 17.2.60 laparotomie

après un traitement anti-tuberculeux. Utérus en antéversion mobile. Trompes obstruées avec des calcifications. Ovaires kystiques recouverts d'adhérences.

- Dilatation aux bougies
- Salpingectomie bilatérale
- Résection cunéiforme des ovaires.

Ana-Path.

Trompe : pus caséeux dans une cavité bordée par un tissu très scléreux avec calcification.

Ovaires : zone fibreuse très importante sur le cortex ovarien, présence de follicules en développement et follicules kystiques.

- Régulée 30 jours plus tard, depuis régulièrement.
- Hystéro de contrôle.

OBSERVATION 4 : RA... L... 40 ans

Histoire de la maladie :

Hypo-ménorrhée depuis 18 ans précédée d'une aménorrhée de 3 ans résistante à tout trait hormonal.

Antécédents gynécologiques :

Stérité primaire

Antécédents généraux :

1949 : appendicectomie à chaud.

Drain fermeture de la plaie au bout de 3 mois.

Examen : vulve , vagin, col sains

utérus rétroversé

cul de sac gauche = O cul de sac droite =
annexe kystique.

HSG : synéchie des cornes avec passage vasculaire

Laparotomie le 13.10.63

Après 6 mois traitement anti-tuberculeux :

- Petit utérus en rétroversion fixée, adhérente
- annexe droite kystique de la taille pamplemousse
- trompe difficile à distinguer de l'ovaire.
- annexe gauche : magma où ovaires et trompes difficilement reconnaissables

On pratique annexectomie bilatérale, hystérectomie totale.

Histologie :

- col : quelques glandes kystiques
- utérus: endomètre aminci, atrophique par endroit
- ovaire : un grand kyste rempli de sang dans la paroi duquel on reconnaît un c. s.
- trompe accolée à l'ovaire avec paroi et lumière rétrécie.

OBSERVATION 5 : BOU... Al... 28 ans

Histoire de la maladie :

Aménorrhée secondaire depuis trois ans avec douleurs abdominales périodiques.

Antécédents gynécologiques :

1947 : 17 ans : pleurésie

Antécédents généraux :

1958 : 26 ans : appendicectomie suivie de fièvre durant 1 mois.

Examen :

Vagin : col sain - utérus rétroversion mobile - annexe droite volumineuse.

Hystéro : amputation des 2 cornes .

Laparotomie le 29.10.60 après traitement anti-tuberculeux durant 6 mois.

eq. haute : adhérences épiploïques - petit utérus

Annexe droite : kystique. Impossible distinction entre ovaire et trompe.

Annexe gauche : ovaire scléro-kystique, avec kyste hématique - trompe obstruée sans pavillon reconnaissable avec granulation. Voile adhérentiel plaquant l'ovaire.

Annexectomie droite + salpingectomie gauche
résection partielle de l'ovaire gauche.

eq. basse : dilatation aux bougies. Adhérences cédant niveau corne droite.

Réglée depuis février 1961 3 mois plus tard.

Histo : Séquelles de salpingo-ovarite droite, avec kyste de l'ovaire à paroi fibreuse.

TD : séquelle de salpingite

TG : réaction inflammatoire subaiguë avec cloisonnement de la cavité.

TG : petit hémato-salpinx

OBSERVATION 6 : BE... J. 23 ans

Histoire de la maladie :

Aménorrhée secondaire 5 mois . Juin 60 résistante à un trait par Proluton-Oestradiol.

Douleurs pelviennes gauches depuis juin 60.

Antécédents gynécologiques :

PR : I8 ans - hypoménorrhée 2I ans

Antécédents généraux :

Appendicectomie I8 ans

Décalcification : 6 ans - Berck

Examen : RAS

- Hystéro 8-10-60 , très petite cavité
- Nouvelle hystéro. 2 mois plus tard après dilatation aux bougies, traitement anti-tuberculeux.
- synéchie serrée de l'isthme cavité utérine restante de bonne qualité
- BE Iere fois muqueuse endocervicale
- Nouvelle BE muqueuse folliculinique mais avait eu traitement anti-tuberculeux depuis un mois.

Laparotomie

6 mois plus tard le 10.5.6I

- trompes très mauvais état : amputées partie distale,
- annexectomie droite, salpingectomie gauche

Voie basse : mise en place d'un ballon

Réglée 1 mois après la Iere hystérogaphie.

Histologie : trompe avec réaction inflammatoire
 trompe droite : hématosalpinx
 ovaire : c. jaune kystique

Vu, le Président de Thèse : Vu, le Doyen de la Faculté:

M. FUNCK-BRENTANO

M. L. BINET

Vu et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

- BRET (J), LEGROS (R)
Tuberculose utéro-annexielle - Paris 1956.
- DALSACE (J) , MUSSET (R), NETTER (A)
Rapport XVIIè congrès de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique - 1957 -
Bulletin Fédération Gynéco. et Obst. page 237.
- De BRUX (J) - SOLAL (R.)
Gyneco. Obst. 1960 - T. 12-8.
- DREZ (F.D.) DIAZ TEIJEIRO (J)
Tomo-Ginecologia Pratica - sept. 1944.
- FUNCK-BRENTANO (P) et DALSACE (J)
Gyneco-Obst. 1956, 26, 472-484.
- GAUTIER (P), VANDENDORPS (F), DUFOUR BEURIER (S)
Bull. Soc. Roy. Belge Gynecologie-Obstétrique
1956, 26, 472-485.
- KIKKA
American Journal of Obst. et Gyneco - Janvier 1954.
- MONTBAZET (G)
Thèse 1955 - Symphyse endo-utérine tuberculeuse avec déficit menstruel.

II

- MUSSET (R) , NETTER (A), SOLAL (R), EPHELBAUN (R)
Gynecologie - Obstétrique 1960 - T.59-I-II8
- NETTER (A), MUSSET (R), LAMBERT (A), SALOMON (Y)
MONTBAZET (G)
Gynécologie-Obstétrique T.54-I9- 1955
- OLIVERIA CAMPOS (J. de)
Rev. Clin.de Instituta Maternal - 1955-T.7.20.
- PESTALLOZA (E)
Med. Pratica Napoli - Mars 1922, page 110-114.
- REICK (A)
1909 Munchmed Wschr 56-559.
- REISS (HE)
Journ. of obst. and gynecologie of Britisch Empire
1958- LXV - n° 5 - page 734.
- SCHIFFMANN
1914 - Arch. gyneco - I03 - 1
- SOLAL (R)
Bull. Fed. Gynecologie - Congres 1957 p. 530
Novembre 1959 - Gyneco. Obst. 1960 T.I2 p.I6



AGEMP
POLYCOPIE

8, rue Dante

PARIS-Ve

Téléphone : ODÉon-58-90